

EXPERIÊNCIAS DE COMBATE E A SUA RELAÇÃO COM A
SINTOMATOLOGIA ASSOCIADA À PERTURBAÇÃO PÓS-
STRESS TRAUMÁTICO EM VETERANOS DA GUERRA
COLONIAL PORTUGUESA

DÉBORA MÓNICA DE ALMEIDA REGADAS

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica (ramo de especialização em Psicoterapias e Psicologia Clínica), apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga, sob a orientação científica da Mestre Teresa Carvalho e da Professora Doutora Marina Isabel Vieira Antunes da Cunha

Coimbra, Novembro, 2009

Agradecimentos

Um especial agradecimento à Mestre Teresa Carvalho, mentora deste projecto desde a sua fase mais embrionária. Grata pela disponibilidade, pelas correcções e sugestões e por partilhar sábios conhecimentos na área da Perturbação Pós-Stress Traumático.

Um segundo agradecimento é expresso a todos os autores que gentilmente me cederam material bibliográfico, bem como a todos aqueles que aceitaram participar voluntariamente no presente estudo. Sem eles jamais a elaboração deste trabalho resultaria num crescimento pessoal e académico, porque com os primeiros compreendi quão humana é a perseverança e quão importante é a partilha de conhecimentos; com os segundos descobri a urgência da palavra, do silêncio e da tolerância.

Um exclusivo e incomensurável agradecimento aos meus pais pela maravilhosa dupla que constituem, exemplo inspirador da minha vida. Muito obrigada a ambos por acreditarem e por depositarem em mim tanta confiança.

Agradecer, ainda, e sem excepção, aos restantes elementos da minha família nuclear, que tiveram para comigo uma paciência infinita; aos meus amigos, que tantas vezes prescindiram da minha companhia neste ano lectivo transacto; ao Vasco A., ao Mauro A. e à Sónia P., que me acompanharam nos bons e nos maus momentos, auxiliando-me nas traduções e na leitura contínua deste trabalho. Muito obrigada pelo dispor, pela amizade, pelo humor sagaz e pela sinceridade.

Às minhas colegas de casa, com quem dividi espaços e momentos.

Aos meus sobrinhos, Tomás e Martim, um pedido de desculpa pelas minhas ausências.

Ao Mauro, pela história entusiasta que construímos e por me fazer acreditar diariamente que é possível ser feliz.

Resumo

Objectivos: *O presente estudo avaliou a relação entre diversos aspectos objectivos e subjectivos inerentes às experiências de combate/guerra e sintomatologia associada à Perturbação Pós-Stress Traumático. Os instrumentos de auto-resposta utilizados na colheita dos dados foram analisados quanto às suas principais propriedades psicométricas.*

Métodos: *A amostra foi composta por 105 combatentes da Guerra Colonial Portuguesa. Foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: um questionário sóciodemográfico de auto-resposta para a caracterização da amostra, o Posttraumatic Stress Disorder Checklist (para militares), o Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire, o Questionário de Experiências de Combate e duas escalas do Deployment Risk and Resilience Inventory, nomeadamente a Difficult Livings and Working Environment Scale e a Perceived Threat Scale.*

Resultados: *O estudo das qualidades psicométricas dos instrumentos apresenta uma consistência interna superior a .86 e uma estabilidade temporal superior a .79. A análise factorial do Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire apresenta bons valores na medida de Kaiser-Meyer-Olkin e no teste de esfericidade de Bartlett. Na rotação de Varimax é extraído um factor, predizendo a sua unidimensionalidade, que explica cerca de 70% da variância total do questionário. Os resultados relativos à validade divergente-discriminante indicam, por si só, que esta se apresenta de forma clara entre os instrumentos estudados (PCL-M, PDEQ, DLWES e PTS) no subgrupo com PTSD, com excepção da verificada entre o PCL-M e o PDEQ.. Quanto à validade de critério, constata-se diferenças entre os subgrupos com e sem PTSD. Através do método da regressão linear múltipla, duas das seis variáveis têm, isoladamente, um peso preditivo significativo para a PTSD, nomeadamente a frequência de exposição a situações típicas e objectivas de combate/ guerra e os desconfortos diários durante a(s) comissão(ões). Ao considerarmos as variáveis no seu conjunto, aquelas que mais contribuem são a dissociação peritraumática e os desconfortos diários durante a(s) comissão(ões).*

Conclusão: *Constata-se que os factores peritraumáticos em estudo desempenham um importante papel no desenvolvimento da sintomatologia inerente à PTSD.*

Palavras-chave: *Perturbação Pós-Stress Traumático, acontecimentos traumáticos, vete de guerra, experiências de combate/guerra, factores peritraumáticos.*

Abstract

Aims: The present study was designed to evaluate the relationship between several objective and subjective aspects inherent to combat/war experiences and symptoms associated to the Posttraumatic Stress Disorder. The main psychometric properties of the self-report instruments were analyzed too.

Methods: The sample included 105 combatants of the Portuguese Colonial War. It was used the following evaluation instruments: a social-demographic self-report questionnaire for sample's characterization, the Posttraumatic Stress Disorder Checklist (military version), the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire, the Questionário de Experiências de Combate and two scales of the Deployment Risk and Resilience Inventory, namely the Difficult Livings and Working Environment Scale and the Perceived Threat Scale.

Results: The psychometric qualities of the instruments reviews an internal consistency above .86 and temporary stability above .79. The factorial analysis of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire presents good values in the Kaiser-Meyer-Olkin measure and in the Bartlett's test of sphericity. In the Varimax rotation a factor is extracted, predicting his unifactoriality, that explain about 70% of the total variance of the questionnaire. The divergent validity results show, for itself, that this validity is clearly present among the instruments in study (PCL-M, PDEQ, DLWES and PTS) in the PTSD subgroup, excluding the validity verified between PCL-M and PDEQ. Concerning criteria validity is found differences among subgroups with and without PTSD. Through the method of multiple linear regression, four of the six variables have, separately, a significantly predictive weight for PTSD, namely the perceived threat, the frequency of exposure, the peritraumatic dissociation and the difficult livings and working environment.

Conclusions: In this study is verified that the peritraumatic factors play an important role in the development of PTSD.

Keywords: Posttraumatic Stress Disorder, PTSD, traumatic events, veteran of war,

combat/war experiences, peritraumatic factors.

Índice geral

I) BREVE CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA11

1. Trauma e Perturbação Pós-Stress Traumático	11
2. Evolução da Perturbação Pós-Stress Traumático	12
3. Epidemiologia	13
4. Comorbilidade e características associadas	14
5. Breve perspectiva teórica da Perturbação Pós-Stress Traumático	14
5.1. <i>Modelo cognitivo da PTSD de Ehlers e Clark</i>	14
5.1.1. Avaliação do trauma e/ou das suas consequências	15
5.1.2. Memória do acontecimento traumático	15
5.1.3. Estratégias comportamentais maladaptativas e processamento cognitivo	16
5.1.4. Outras características implicadas	17
6. Factores de vulnerabilidade peritraumáticos	17
6.1. <i>Dissociação peritraumática</i>	17
6.2. <i>Severidade da exposição a situações de combate/guerra</i>	19
6.3. <i>Ameaça (real ou não) à integridade física pessoal</i>	19
6.4. <i>Tempo de exposição ao combate/guerra</i>	19
6.5. <i>Desconfortos diários durante a(s) comissão(ões)</i>	20

II) CONTRIBUIÇÃO PESSOAL20

1. Objectivos do estudo	20
2. Participantes	22
3. Instrumentos.....	22
3.1. <i>Questionário sóciodemográfico</i>	22
3.2. <i>Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Military Version:</i>	22
3.3. <i>Questionário de Experiências de Combate:</i>	23
3.4. <i>Difficult Livings and Working Environment Scale:</i>	24
3.5. <i>Perceived Threat Scale:</i>	25
3.6. <i>Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire:</i>	26
4. Procedimento geral de colheita de dados	26
5. Tratamento estatístico dos dados	27
6. Caracterização geral da amostra	28
7. Análise dos resultados.....	31
7.1. <i>Estudo 1: Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa do PCL-M</i> ..	32
7.1.1. Consistência interna, estudo dos itens e da fidedignidade temporal.....	32
7.1.2. Consistência interna do PCL-M total e de cada uma das suas dimensões	33
7.1.3. Estudo da validade divergente do PCL-M	33
7.1.3. Estudo da validade de critério do PCL-M.....	34
7.2. <i>Estudo 2: Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da DLWES</i> ..	35
7.2.1. Consistência interna, estudo dos itens e da fidedignidade temporal.....	35
7.2.2. Estudo da validade divergente da DLWES	36
7.2.3. Estudo da validade de critério da DLWES	37

7.3. <i>Estudo 3: Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da PTS</i>	38
7.3.1. Consistência interna, estudo dos itens e da fidedignidade temporal.....	38
7.3.2. Estudo da validade divergente da PTS.....	39
7.3.3. Estudo da validade de critério da PTS	40
7.4. <i>Estudo 4: Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa do PDEQ</i> ...	41
7.4.1. Consistência interna, estudo dos itens e da fidedignidade temporal.....	41
7.4.2. Análise dos componentes principais do PDEQ	42
7.4.3. Estudo da validade divergente do PDEQ	44
7.4.4. Estudo da validade de critério do PDEQ	44
7.5. <i>Influência dos factores de vulnerabilidade peritraumáticos no desenvolvimento da PTSD</i>	45
8. <i>Discussão de resultados e principais conclusões</i>	48
8.1. <i>Objectivos, aspectos metodológicos e respectivas limitações</i>	49
8.2. <i>Características gerais da amostra</i>	51
8.3. <i>Valores nos instrumentos de auto-resposta utilizados</i>	52
8.3.1. Propriedades psicométricas da versão portuguesa do PCL-M.....	52
8.3.2. Propriedades psicométricas da versão portuguesa da DLWES	53
8.3.3. Propriedades psicométricas da versão portuguesa da PTS	54
8.3.4. Propriedades psicométricas da versão portuguesa do PDEQ	55
8.4. <i>Influência dos factores peritraumáticos e sua relação com a sintomatologia associada à PTSD</i>	57
8.5. <i>Principais conclusões e sugestões para estudos futuros</i>	59
ANEXOS.....	68
Anexo 1: Consentimento Informado.....	69
Anexo 2: Questionário sócio-demográfico	69
Anexo 3: Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-M)	70
Anexo 4: Questionário de Experiências de Combate (QEC).....	71
Anexo 5: Difficult Livings and Working Environment Scale (DLWES).....	72
Anexo 6: Perceived Threat Scale (PTS)	73
Anexo 7 : Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (PDEQ)	74

Índice dos quadros

Quadro 1: Critérios de diagnóstico da DSM-IV-TR da Perturbação Pós-Stress Traumático	12
Quadro 2: Caracterização dos subgrupos	28
Quadro 3: Caracterização sóciodemográficas da amostra.....	30
Quadro 4: Médias, desvios-padrão, correlação item-total e correlação teste-reteste do PCL-M.....	32
Quadro 5: Consistência interna do PCL-M e de cada uma das suas dimensões	33
Quadro 6: Correlações entre o PCL-M, a escala de frequência de exposição a situações típicas e objectivas de combate/guerra, a escala do grau de perturbação associado à exposição ao combate/guerra, a DLWES, a PTS e o PDEQ	34
Quadro 7: Comparação das médias dos dois subgrupos no PCL-M	34
Quadro 8: Médias, desvios-padrão, correlação item-total e correlação teste-reteste da DLWES.....	35
Quadro 9: Correlações entre a DLWES, o PCL-M, a escala de frequência de exposição a situações típicas e objectivas de combate/guerra, a escala do grau de perturbação associado à exposição ao combate/guerra, a PTS e o PDEQ	37
Quadro 10: Comparação das médias dos dois subgrupos na DLWES.....	37
Quadro 11: Médias, desvios-padrão, correlação item-total e correlação teste-reteste da PTS.....	38
Quadro 12: Correlações entre a PTS, o PCL-M, a escala de frequência de exposição a situações típicas e objectivas de combate/guerra, a escala do grau de perturbação associado à exposição ao combate/guerra, a DLWES e o PDEQ	40
Quadro 13: Comparação das médias dos dois subgrupos na PTS.....	40
Quadro 14: Médias, desvios-padrão, correlação item-total e correlação teste-reteste do PDEQ	41
Quadro 15: Medida de Kaiser-Meyer-Olkin e Teste de esfericidade de Bartlett.....	42
Quadro 16: Factores, saturações e comunalidades de cada item do PDEQ	43
Quadro 17: Análise dos componentes principais da versão portuguesa do PDEQ	43

Quadro 18: Correlações entre o PDEQ, o PCL-M, a escala de frequência de exposição a situações típicas e objectivas de combate/guerra, a escala do grau de perturbação associado à exposição ao combate/guerra, a DLWES e a PTS	44
Quadro 19: Comparação das médias dos dois subgrupos na PTS.....	45
Quadro 20: Sumário da regressão linear múltipla para a PTSD.....	46
Quadro 21: Coeficientes de regressão linear múltipla na variável PTSD	47

I) BREVE CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA

As consequências psicológicas resultantes da exposição ao trauma, bem como a resposta de ansiedade subjacente, estão há muito documentadas na literatura (Keane, Marshall, & Taft, 2006). A confirmá-lo, autores como Oppenheim (1889, *cit in* Van der Kolk, 2007) e Kraepelin (1896, *cit in* Keane, *et al.*, 2006) intitularam esta resposta de *neurose traumática* e de *neurose de susto*, respectivamente. Oppenheim (1889, *cit in* Van der Kolk, 2007) propôs, ainda, que esta resposta se devia a mudanças moleculares do sistema nervoso central. Outros autores, perante a observação de sintomas cardiovasculares em vítimas de guerra, abriram caminho para outras denominações, sendo as mais frequentes o *choque nervoso*, a *neurose de guerra*, a *fadiga de combate* (Creamer, 2000; Keane, *et al.*, 2006), a *doença do coração de soldado*, a *astenia neurocirculatória* (Friedman, Resick, & Keane, 2007; Van der Kolk, 2007), a *doença do coração desordeiro* ou a *doença do coração irritável* (Van der Kolk, 2007).

Após I e II Guerras Mundiais, foram feitas investigações com o intuito de compreender as consequências decorrentes dos acontecimentos traumáticos (Keane, *et al.*, 2006). Nos anos 70 e 80, aumenta nos Estados Unidos da América (EUA), em particular, o interesse pelas experiências de combate (Friedman, *et al.*, 2007; Keane, *et al.*, 2006).

Neste contexto, a Perturbação Pós-Stress Traumático (PTSD) surge pela primeira vez em 1980 na terceira edição do *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (DSM-III; American Psychiatric Association, 1980), e em 1992 na *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde* (CID-10; World Health Organization, 1992).

1. Trauma e Perturbação Pós-Stress Traumático

É difícil explicar a PTSD sem recorrer à definição de trauma. Assim, a palavra trauma, oriunda do grego, denota ferimento e atende aos domínios físico e psicológico (Dicionário de Língua Portuguesa, 2008).

Com o fim de esclarecer os critérios de diagnóstico para o desenvolvimento e manutenção da PTSD, as diversas edições do DSM sofreram modificações. Por exemplo, o DSM-III-R (APA, 1987) exclui como acontecimentos traumáticos os acontecimentos comuns (e.g. luto, doença crónica, conflitos conjugais, etc.), anteriormente presentes no DSM-III (APA, 1986). Actualmente, o DSM-IV e a sua respectiva revisão (APA, 2000, 2002) classificam a PTSD como uma perturbação de ansiedade, uma condição psicológica grave posterior a um

acontecimento traumático, que pode prolongar-se no tempo. Caracteriza-se por sintomas de reexperiência, evitamento/embotamento da reactividade geral e activação aumentada. Dada a complexidade da PTSD, é usual a comorbilidade com outras perturbações psiquiátricas (APA, 1986, 1987, 2000, 2002). Nas três últimas edições é acrescentado o critério relativo à resposta subjectiva de medo, sentimento de desprotecção e horror (APA, 1987, 2000, 2002).

Descritos na literatura estão diferentes tipos de acontecimentos traumáticos, onde se destacam as catástrofes naturais, os desastres acidentais e aqueles de maior seriedade que são causados pelo homem (e.g. exposição ao combate/guerra, tortura, ataque terrorista, violação, maus-tratos, ataques físico e sexual) (APA, 1986, 1987, 2000, 2002).

Quadro 1: Critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR da Perturbação Pós-Stress Traumático (APA, 2002)

-
- A. Face a um (ou mais) acontecimento(s) traumático(s), ambas as condições estiveram presentes:
- 1) Indivíduo experimentou, observou ou foi confrontado com um (ou mais) acontecimento(s) que envolveu ameaça para si ou para outros;
 - 2) A sua resposta envolveu medo intenso, sentimento de desprotecção ou horror.
- B. O acontecimento traumático é reexperienciado de modo persistente por um (ou mais) dos seguintes critérios:
- 1) Memórias perturbadoras e persistentes através de pensamentos, imagens ou percepções;
 - 2) Sonhos perturbadores;
 - 3) Agir ou sentir como se o acontecimento traumático estivesse a reocorrer;
 - 4) Mal-estar psicológico face a estímulos que recordem aspectos do acontecimento traumático;
 - 5) Reactividade fisiológica durante a exposição a estímulos que recordem aspectos do acontecimentos traumático.
- C. Evitamento persistente aos estímulos associados ao trauma e embotamento da reactividade geral (ausentes antes do trauma) indicado por três (ou mais) dos seguintes critérios:
- 1) Esforços para evitar pensamentos, sentimentos e conversas relacionados com o trauma;
 - 2) Esforços para evitar actividades, lugares ou pessoas que despoletem memórias associadas ao trauma;
 - 3) Dificuldades em evocar aspectos importantes do trauma;
 - 4) Perda de interesse em actividades;
 - 5) Sentir-se distante ou afastado dos outros;
 - 6) Gama de afectos restringida;
 - 7) Expectativas encurtadas em relação ao futuro.
- D. Sintomas persistentes de aumento da activação (ausentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes critérios:
- 1) Dificuldade em adormecer ou em permanecer a dormir;
 - 2) Irritabilidade ou acessos de cólera;
 - 3) Dificuldades de concentração;
 - 4) Hipervigilância;
 - 5) Resposta de alarme exagerada.
- E. Duração da perturbação (sintomas dos critérios B, C e D) superior a um mês.
- F. Causa mal-estar clinicamente significativo ou dificuldades no funcionamento social, ocupacional ou qualquer outra área relevante.
-

2. Evolução da Perturbação Pós-Stress Traumático

Com frequência, a PTSD surge logo após a exposição ao acontecimento traumático, mas existem três especificidades: a *fase aguda*, cuja duração dos sintomas é inferior a três meses;

a *fase crónica*, cuja duração dos sintomas é igual ou superior a três meses; e a *fase com início dilatado*, quando se passaram pelo menos seis meses entre o acontecimento traumático e o início dos sintomas (APA, 2002).

Por sua vez, Scignar (1984, *cit in* Hollander & Simeon, 2003) refere que existem três fases clínicas da PTSD. A primeira implica uma resposta ao trauma, através de sintomatologia variada (e.g. ansiedade, dissociação, preocupações extremas relativas ao trauma). A segunda, a *fase aguda*, ocorre quando os sintomas persistem após quatro a seis semanas, sendo característicos os sentimentos de vulnerabilidade e de perda, a reexperiência e o aumento da actividade neurovegetativa. Nesta fase podem ocorrer mudanças no funcionamento social e pessoal, bem como alterações na personalidade. A terceira, a *fase crónica*, caracteriza-se por dificuldades, desmoralização e tristeza.

O desenvolvimento da PTSD pode depender do grau de severidade dos sintomas iniciais (McFarlane, 2000), da intensidade, da duração e da proximidade de exposição do indivíduo ao acontecimento traumático, bem como de variáveis idiossincráticas (e.g. história familiar, suporte social, experiências prévias, personalidade, etc.) (APA, 2002; CID-10).

3. Epidemiologia

Embora a exposição ao trauma seja frequente, podendo ser episódica ou recorrente (Foa, Keane, & Friedman, 2004), os indivíduos reagem de modo diferente a um acontecimento traumático. Estudos epidemiológicos mostram, por exemplo, que os homens experienciam mais acontecimentos traumáticos do que as mulheres (Breslau, *et al.*, 1999; Foa, *et al.*, 2004; Keane, Weathers, & Foa, 2004; Norris, 1992; Norris, *et al.*, 2003; Norris & Slone, 2007), mas são estas últimas que maior probabilidade têm de desenvolver PTSD (Breslau, *et al.*, 1999; Norris, *et al.*, 2003). Já as experiências mais reiteradas são a exposição ao combate/guerra e as violações, respectivamente (Norris & Slone, 2007).

O primeiro estudo epidemiológico português indica que a sua provável prevalência ao longo da vida é de 7,87%, sendo que 75,5% da população em estudo foi exposta a pelo menos uma situação traumática (e.g. violação, abuso sexual antes dos dezoito anos, morte violenta e/ou repentina de alguém próximo, situações de combate/guerra, etc.). Porém, a taxa de incidência da PTSD, sucedânea da exposição a situação de combate/guerra, cai para 9,9% (Albuquerque, Soares, Jesus, & Alves, 2003).

O aumento da PTSD acresce em contextos de guerra (Norris & Slone, 2007), em países menos desenvolvidos, bem como em meios hostis de natureza política, religiosa ou cultural

(Kessler, 2000 *cit in* Albuquerque, *et al.*, 2003).

4. Comorbilidade e características associadas

A PTSD não é a única perturbação psiquiátrica que emerge em consequência de um acontecimento traumático, sendo as mais habituais a perturbação depressiva major, as perturbações relacionadas com o abuso de substâncias, a perturbação de pânico, a agorafobia, a perturbação obsessivo-compulsiva, a perturbação de ansiedade generalizada, a fobia social, a fobia específica, a perturbação bipolar (APA, 2002) e as perturbações da personalidade (CID-10, 1992; Foa, *et al.*, 2004; Maia, McIntyre, Pereira, & Fernandes, 2001).

Culpa, inadaptação nas relações interpessoais (e.g. desemprego, conflitos conjugais, divórcio, isolamento social, etc.), perda de confiança, de esperança e de fé (APA, 2002), ideação paranóide (Foa, *et al.*, 2004), vergonha (Litz, 2007), comportamentos autodestrutivo, impulsivo e/ou violento (APA, 2002; Foa, *et al.*, 2004; Maia, *et al.*, 2001; Taft, Pless, Stalans, Koenen, King, & King, 2005), sentimentos de ineficácia pessoal, hostilidade (APA, 2002), suicídio (Albuquerque, *et al.*, 2003; Foa, *et al.*, 2004), disfunções sexuais (Albuquerque, *et al.*, 2003; Kotler, *et al.*, 2000) e queixas físicas e/ou complicações psicossomáticas (e.g. problemas gastrointestinais, cardiovasculares, dermatológicos, etc.) (Albuquerque, 2003; Friedman, Schnurr, & McDonagh-Coyle, 1994) são outras das características associadas.

5. Breve perspectiva teórica da Perturbação Pós-Stress Traumático

Desde os contributos da Psicanálise, em finais de 1800 e inícios de 1900, várias foram as teorias para a PTSD, numa linha contínua entre 1) “o orgânico e o psicológico”, 2) “o evento em si e a interpretação subjectiva”, e 3) “o evento em si e as vulnerabilidades preexistentes” (Van der Kolk, 2007, p. 19), razão pela qual as explicações etiológicas reportam a diversas teorias, como a psicanalítica, a cognitiva, do condicionamento, do processamento emocional, dos esquemas, etc. (Cahill & Foa, 2007). Não obstante a vasta e riquíssima panóplia literária sobre teorias explicativas da PTSD, abordaremos apenas o modelo cognitivo da PTSD, que reúne vários pressupostos da teoria e de teóricos cognitivos (Ehlers & Clark, 2000).

5.1. Modelo cognitivo da PTSD de Ehlers e Clark

A PTSD ocorre porque “os indivíduos processam de tal modo o acontecimento traumático

e/ou as suas consequências [que é criada] uma sensação de ameaça grave” (Ehlers & Clark, 2000, p. 320). Esta ameaça pressupõe dois processos: 1) avaliação idiossincrática do trauma e/ou das suas consequências; e 2) idiossincrasias relativas à natureza da memória e a sua ligação a outras memórias autobiográficas (Ehlers & Clark, 2000).

Deste modo, a percepção de ameaça, uma vez activada, é acompanhada “por sintomas intrusivos, de activação, de ansiedade e outras respostas emocionais” (Ehlers & Clark, 2000, p. 320).

5.1.1. Avaliação do trauma e/ou das suas consequências

É característico dos indivíduos com PTSD avaliações negativas idiossincráticas quanto ao acontecimento traumático e/ou às suas consequências. Por essa razão, vários tipos de avaliação podem criar uma sensação de ameaça, devido quer a sobregeneralizações, quer pelo modo como o indivíduo se sentiu e/ou se comportou face ao trauma (Ehlers & Clark, 2000).

Esta avaliação depende, por seu turno, de uma série de factores (i.e. a compreensão dos sintomas iniciais da PTSD como “parte do processo de recuperação”, a compreensão de terceiros das reacções do pós-trauma e a avaliação das consequências nos vários domínios da sua vida). Subjacente a esta avaliação está a natureza das respostas emocionais da PTSD, sendo comuns as emoções negativas (e.g. tristeza, culpa, vergonha, etc.) (Ehlers & Clark, 2000, p. 323).

5.1.2. Memória do acontecimento traumático

Um problema da PTSD refere-se às memórias distorcidas relativas ao acontecimento traumático (Ehlers & Clark, 2000). Os indivíduos tanto têm dificuldade em recordar detalhes do acontecimento traumático, sendo a sua memória fragmentada e desorganizada, como podem relatar “vívida e emocionalmente, memórias intrusivas que envolvem aspectos de reexperiência” (e.g. cheiros, certo tom de voz, etc.) (Ehlers & Clark, 2000, p. 324). Esta reexperiência, desencadeada por estímulos e situações, manifestar-se-á através de respostas fisiológicas ou emocionais (Ehlers & Clark, 2000). Em síntese, a memória do trauma é elaborada e integrada inadequadamente quanto a informações temporais, espaciais, anteriores e posteriores, bem como relativamente a outras memórias autobiográficas (Ehlers & Clark, 2000), através de estratégias maladaptativas adiante apresentadas.

Um segundo problema da PTSD são as associações estímulo-estímulo e estímulo-resposta

que podem desencadear memórias do acontecimento traumático e/ou despoletar respostas emocionais. Dois aspectos destas associações podem explicar a PTSD: 1) “pode ajudar o organismo a fazer previsões sobre o que irá acontecer”, e 2) o indivíduo pode “não estar ciente que as suas reacções emocionais se devem à activação da memória do trauma” (Ehlers & Clark, 2000, p. 326). Ou seja, a falha onde os sintomas de reexperiência têm origem dificulta que o indivíduo “aprenda que não existe perigo actual quando exposto aos estímulos que desencadeiam a reexperiência” (Ehlers & Clark, 2000, p. 326).

Por outro lado, “existe uma impressão perceptiva (i.e. forma de memória implícita) para os estímulos que foram temporalmente associados com o acontecimento traumático, ou seja, existe um limiar de percepção reduzida para estes estímulos” (Ehlers & Clark, 2000, p. 326). Uma consequência desta redução diz respeito aos aspectos associados ao acontecimento traumático, que podem “accionar directamente a memória do trauma” (Ehlers & Clark, 2000, p. 326). Em suma, “como memória implícita, os vestígios não são bem discriminados de outros traços da memória”, desencadeando “sintomas de reexperiência mesmo que estejamos perante contextos diferentes daquele onde ocorreu o acontecimento traumático” (Ehlers & Clark, 2000, p. 326).

5.1.3. Estratégias comportamentais maladaptativas e processamento cognitivo

Perante uma ameaça os indivíduos procuram controlá-la através de estratégias que são seleccionadas segundo avaliações idiossincráticas. Estas estratégias são, por seu turno, frequentemente maladaptativas porque: 1) geram sintomas da PTSD, 2) impedem mudanças nas avaliações negativas construídas sobre o trauma e/ou sobre as suas consequências, e 3) impedem mudanças na natureza da memória do trauma. Exemplos desse tipo de estratégias são a supressão de pensamento, a atenção selectiva, etc. (Ehlers & Clark, 2000).

Outra estratégia que impede mudanças na avaliação do acontecimento traumático e/ou das suas consequências são os comportamentos de segurança, impedindo “a infirmação da crença de que uma catástrofe temida pode ocorrer” (Ehlers & Clark, 2000, p. 328). Uma outra estratégia que impede mudanças na natureza da memória do trauma é o evitamento de pensamentos relacionados com o acontecimento traumático (por exemplo, mantendo a mente constantemente ocupada com actividades distractivas). Outros exemplos de processamento cognitivo maladaptativo são 1) as ruminações sobre o acontecimento traumático e/ou as suas consequências e 2) a dissociação, que impede a elaboração da memória do trauma e sua integração na memória autobiográfica (Ehlers & Clark, 2000).

5.1.4. Outras características implicadas

Embora não sejam obrigatórios ou suficientes para compreender a PTSD, outros aspectos parecem estar implicados, nomeadamente as características relacionadas com o trauma (e.g. duração e previsibilidade), as crenças e as experiências prévias (cujas estratégias cognitivas e comportamentais serão por elas influenciadas) e os factores actuais (e.g. consumo de álcool, medo, grau de activação, etc.) (Ehlers & Clark, 2000).

6. Factores de vulnerabilidade peritraumáticos

A PTSD é muito frequente em veteranos de guerra (Smith, Schnurr, & Rosenheck, 2005). Mas se, por um lado, os acontecimentos traumáticos podem tornar-se um problema com graves repercussões, é igualmente verdade que nem todos os indivíduos desenvolvem PTSD (Keane, *et al.*, 2006; Norris & Slone, 2007; Vaz Serra, 2003).

A literatura classifica os factores de vulnerabilidade em três categorias: psicossocial, genético e biológico (Vogt, King, & King, 2007). Na categoria psicossocial existem três grupos: *pré-traumático*, *peritraumático* e *pós-traumático* (Creamer, 2000; Keane, *et al.*, 2006; King, King, Vogt, Knight, & Samper, 2006; King, King, & Vogt, 2003; Vogt, *et al.*, 2007).

Para alguns autores, os factores de vulnerabilidade peritraumáticos (i.e. factores de risco durante o(s) acontecimento(s) traumático(s)) são os mais relevantes para o desenvolvimento da PTSD (Vogt & Tanner, 2007) em veteranos de guerra do sexo masculino (King, King, Foy, Keane, & Fairbank, 1999).

6.1. Dissociação peritraumática

Vários estudos evidenciam uma relação positiva entre dissociação peritraumática e PTSD (Birmes, *et al.*, 2005; Bryant, 2007; Breh & Seidler, 2007; DePrince & Freyd, 2007; Lensvelt-Mulders, *et al.*, 2008; Marmar, *et al.*, 1994; Marshall & Schell, 2002; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003; Schnurr, Lunney, & Sengupta, 2004; Van der Velden, *et al.*, 2006; Vogt, *et al.*, 2007).

É comum que os indivíduos expostos a acontecimentos traumáticos nomeiem dissociação peritraumática, isto é, reacções dissociativas durante (Marmar, *et al.*, 1994) ou imediatamente após os mesmos (Ozer, *et al.*, 2003; Bryant, 2007). Todavia, face aos estudos realizados, não

é possível afirmar que a dissociação peritraumática é preditiva da PTSD (Breh & Seidler, 2007; Bryant, 2007) muito embora exista uma forte correlação entre ambas (Breh & Seidler, 2007; Marshall & Schell, 2002; Ozer, *et al.*, 2003).

Das características inerentes à dissociação podem enumerar-se as alterações relacionadas com o *self* (e.g. despersonalização e perturbação múltipla da personalidade¹), com o mundo (e.g. desrealização e alucinações) e nos processos de memória (e.g. amnésia e fuga psicogénica² e a perturbação múltipla da personalidade) (Spiegel & Cardeña, 1991).

Para Spiegel e Cardeña (1991), a dissociação “pode ser entendida como uma separação estruturada dos processos mentais (e.g. pensamentos, emoções, volição, memória e identidade) que é vulgarmente integrada”. Por outras palavras, a dissociação “é experienciada como estando fora do controlo da consciência e as memórias dissociativas parecem estar inacessíveis, mesmo que os comportamentos e cognições possam exercer uma influência nos primeiros e na experiência [pessoal do indivíduo].” (p. 367).

A dissociação peritraumática tanto pode ser adaptativa, porque protege os indivíduos de estados emocionais tumultuosos, mas pode, igualmente, ser maladaptativa ao desencadear psicopatologia (Bremner & Brett, 1997; DePrince & Freyd, 2007; Marmar *et al.*, 1994), onde destacamos a PTSD (DePrince & Freyd, 2007).

Podem referir-se cinco possíveis explicações para a dissociação peritraumática:

- A.** Relação entre dissociação peritraumática e PTSD devido a factores de vulnerabilidade anteriores (Spiegel & Cardeña, 1991);
- B.** Associação entre experiências dissociativas e activação neurovegetativa, ou seja, a dissociação peritraumática é entendida como resultado de uma ansiedade extrema que ocorre durante o trauma (Brett, 1993 *cit in* DePrince & Freyd, 2007; Marmar, Weiss & Metzler, 1997 *cit in* Bryant, 2007);
- C.** Relação entre PTSD e dissociação peritraumática, mediada “pelo medo de morrer e pela perda do controlo” (Gershuny, Cloitre & Otto, 2003 *cit in* Bryant, 2007, p. 187);
- D.** “A avaliação da dissociação peritraumática influencia a subsequente PTSD, mais do que a dissociação peritraumática em si mesma”, havendo teorias cognitivas da PTSD a enfatizá-la como crucial no desenvolvimento e manutenção da mesma perturbação (DePrince & Freyd, 2007, p. 187);
- E.** “Elevados níveis de inteligência, anteriores à exposição ao trauma, podem atenuar o

¹ Actualmente designada de Perturbação dissociativa da identidade (APA, 2002).

² Actualmente designadas de amnésia e fuga dissociativa (APA, 2002).

desenvolvimento da PTSD” (Macklin, *et al.*, 1998 *cit in* Bryant, 2007, p. 187).

6.2. Severidade da exposição a situações de combate/guerra

Vários estudos revelam uma interdependência entre a severidade da exposição a situações de combate/guerra e o desenvolvimento da PTSD (Anunciação, 2004; Friedman, *et al.*, 2007; Norris, *et al.*, 2002; Brewin, *et al.*, 2000; Vogt, *et al.*, 2007; Koenen, Stellman, Stellman, & Sommer, 2003; Schnurr, *et al.*, 2004; Koenen, Stellman, Dohrenwend, Sommer, & Stellman, 2007; Ozer *et al.*, 2003; Green, Grace, Lindy, & Gleser, 1990). Isto é, quanto mais severa(s) for(em) a(s) exposição(ões) a situação(ões) de combate/guerra, maior será a probabilidade de desenvolver PTSD. Outros estudos referem que a severidade está não somente associada com o desenvolvimento, mas também com a manutenção da PTSD (Schnurr, *et al.*, 2004).

Há, ainda, autores que evidenciam uma relação entre a frequência e a intensidade das experiências de combate/guerra e o desenvolvimento crónico da PTSD (Friedman, *et al.*, 1994; Kaylor, Vogt, King, & King, 2007; Hoge, *et al.*, 2004).

6.3. Ameaça (real ou não) à integridade física pessoal

Este tipo de ameaça consiste no medo pela segurança e bem-estar do indivíduo durante a(s) comissão(ões) (King, King, Gudanowski, & Vreven, 1995; King, *et al.*, 2006; King, *et al.*, 2003). Interpretada como uma experiência subjectiva (King, *et al.*, 1995; King *et al.*, 2003), “reflecte aspectos emocionais e cognitivos” que podem ou não “representar uma realidade objectiva” (King, *et al.*, 2003, p. 6).

Por essa razão, a ameaça apercebida é identificada como um factor peritraumático que aumenta o risco de desenvolvimento (King, *et al.*, 1995; Vogt & Tanner, 2007; King, *et al.*, 2008; King, *et al.*, 1999; King, *et al.*, 2003; King, *et al.*, 2006; Ozer, *et al.*, 2003; Schnurr, *et al.*, 2004), e de manutenção da PTSD (Schnurr, *et al.*, 2004).

6.4. Tempo de exposição ao combate/guerra

Existem indicações de ordem diversa que demonstram que a duração da exposição do indivíduo ao combate/guerra é outro importante factor de vulnerabilidade peritraumático para o desenvolvimento da PTSD (APA, 2002; Ehlers & Clark, 2000).

6.5. Desconfortos diários durante a(s) comissão(ões)

Vários estudos (King, *et al.*, 1995; King *et al.*, 1999; King, *et al.*, 2006; King, *et al.*, 2008; Schnurr, *et al.*, 2004) indicam que os desconfortos diários durante a(s) comissão(ões) representam um importante factor de vulnerabilidade peritraumático para o desenvolvimento da PTSD. Entendida como uma experiência subjectiva (King, *et al.*, 1995), consiste na exposição a desconfortos e tensões diárias, características de situações de combate/guerra. Estes desconfortos ou privações podem incluir alimentação de má qualidade, necessidades básicas comprometidas (e.g. ao nível da higiene, da privacidade, do sono, do descanso, etc.), dificuldades em viver numa diferente cultura, desconfortos climatéricos, equipamento inadequado, monotonia e longos dias de trabalho (King, *et al.*, 1995; King, *et al.*, 2003).

II) CONTRIBUIÇÃO PESSOAL

A revisão da literatura sobre as consequências psicológicas, devido a aspectos objectivos e subjectivos inerentes à experiência de combate/guerra nos seus veteranos, indicam que os factores de vulnerabilidade peritraumáticos previamente citados predizem significativamente a ocorrência de sintomatologia associada à PTSD.

Deste modo, face à inexistência de estudos sobre a referida relação na população de combatentes da GCP, considerámos pertinente proceder a um estudo exploratório sobre a mesma população. Salienta-se que uma contribuição para a compreensão destes factores possui relevância clínica, ao permitirem uma avaliação e intervenção mais sistematizadas, promotoras de melhores resultados nos domínios preventivo e terapêutico.

Seguidamente, serão descritos os objectivos, a população, os instrumentos de avaliação utilizados, os procedimentos metodológicos seguidos na colheita dos dados, o tratamento estatístico adoptado, as características gerais da amostra, bem como os resultados obtidos no presente estudo.

1. Objectivos do estudo

A escassez de estudos psicológicos sobre a contribuição da GCP para o desenvolvimento da sintomatologia associada à PTSD, bem como sobre as propriedades psicométricas dos

instrumentos traduzidos e adaptados para a população de combatentes envolvidos na referida guerra, conduziu à avaliação dos aspectos objectivos e subjectivos supracitados, tendo sido estabelecidos os seguintes objectivos:

- 1- Caracterização dos combatentes da GCP relativamente às seguintes variáveis: tempo e frequência de exposição a situações típicas e objectivas de combate/guerra, grau de perturbação associado à exposição ao combate/guerra, ameaça apercebida, desconfortos diários durante a(s) comissão(ões) e dissociação peritraumática.
- 2- Avaliação de diversos aspectos de cariz objectivo (i.e. tempo e frequência de exposição a situações típicas e objectivas de combate/guerra) e subjectivo (i.e. grau de perturbação associado à exposição ao combate/guerra, ameaça apercebida, desconfortos diários durante a(s) comissão(ões) e dissociação peritraumática) inerentes às experiências de combate/guerra características da GCP e a sua relação com a sintomatologia associada à PTSD;
- 3- Análise exploratória das propriedades psicométricas dos instrumentos de auto-resposta utilizados para avaliar as variáveis psicológicas mencionadas no ponto 2, uma vez que dispusemos de instrumentos traduzidos e adaptados para a população em estudo. Esta análise deve-se ao facto de, até à data, tais instrumentos não possuírem qualquer estudo psicométrico, dada a sua recente tradução e adaptação. Concretamente, procedeu-se ao estudo das qualidades psicométricas dos seguintes instrumentos: o Posttraumatic Stress Disorder Checklist (para militares), a Difficult Livings and Working Environment Scale, a Perceived Threat Scale e o Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire

De acordo com os objectivos descritos no ponto 2, procedemos à tentativa de testar as seguintes hipóteses:

- H1:** Os sintomas associados à PTSD estão directamente relacionados com o tempo de exposição ao combate/guerra;
- H2:** A sintomatologia associada à PTSD está directamente relacionada com a frequência de exposição a situações típicas e objectivas de combate/guerra;
- H2:** A sintomatologia associada à PTSD está directamente relacionada com o grau de perturbação associada à exposição ao combate/guerra;
- H4:** Existe uma relação positiva entre ameaça apercebida e sintomatologia associada à PTSD;
- H5:** Existe uma relação positiva entre desconfortos diários durante a(s) comissão(ões) e

sintomatologia associada à PTSD;

H6: Existe uma relação positiva entre experiências dissociativas peritraumáticas e sintomatologia associada à PTSD.

2. Participantes

O presente estudo é do tipo exploratório (Sampieri, Collado, & Lúcio, 2006) e a amostra é constituída por indivíduos da população portuguesa de combatentes da GCP. A amostra foi dividida em dois subgrupos, tendo em consideração quer o ponto de corte do PCL-M (Weathers *et al.*, 1993), quer os critérios de diagnóstico da PTSD segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002).

A amostragem é do tipo não probabilístico, por redes ou bola de neve³ (Carmo & Ferreira, 1998; Maroco & Bispo, 2005; Pais Ribeiro, 1999). Estabelecemos como dimensão da amostra 105 indivíduos, com idades compreendidas entre os 55 e os 74 anos.

3. Instrumentos

3.1. Questionário sóciodemográfico

Questionário sóciodemográfico de auto-resposta constituído por sete questões. Destas sete, três são quantitativas sob a forma de respostas abertas (i.e. idade, anos de escolaridade e tempo total de comissão) e quatro são qualitativas sob a forma de respostas fechadas (i.e. estado civil, situação profissional actual, ramo das forças armadas, posto e recebimento de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico) (Pais Ribeiro, 1999; Patton, 1990; Ghiglione & Matalon, 2005). Este conjunto de questões foi retirado do Questionário de auto-resposta para combatentes da GCP (Carvalho, Cunha, & Pinto Gouveia, 2008) (cf. Anexo 2).

3.2. Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Military Version (PCL-M; Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. H., Huska, J. A., & Keane, T. M., 1993; versão portuguesa de Carvalho, T., Cunha, M., & Pinto Gouveia, J., 2008):

Composto por 17 itens, que contemplam os critérios de diagnóstico da PTSD segundo o

³ Encontrados os indivíduos que cumpriam os critérios exigidos, pedíamos a estes que indicassem outras pessoas de características idênticas (Maroco & Bispo, 2005).

DSM-IV-TR (King, *et al.*, 2003), o PCL-M tem como propósito medir a severidade dos sintomas associados à PTSD. Numa escala do tipo *Lickert*, onde 1 corresponde a “*nada*” e 5 a “*extremamente*”, as dimensões avaliadas são a reexperiência, o evitamento/embotamento da reactividade geral e a activação aumentada (Weathers, *et al.*, 1993). A cotação varia entre 17 e 85 pontos, sendo que valores iguais ou superiores a 3 em cada item (Weathers, *et al.*, 1993), juntamente com o número de critérios mínimos exigidos pelo DSM-IV-TR (APA, 2002), podem indicar a presença de PTSD. Realça-se que este não é, contudo, um instrumento de diagnóstico, uma vez que o critério A da PTSD não é avaliado (Wu, Chan, & Yiu, 2008). Como anteriormente referido, a combinação destes dois critérios serviu de base para a constituição dos subgrupos da presente amostra (cf. Anexo 3).

Weathers e colaboradores (1993) encontraram uma excelente consistência interna (entre .97 para o estudo 1 e .96 para o estudo 2) e uma estabilidade temporal de .96 para o grupo 1.

A versão portuguesa, traduzida e adaptada para a respectiva população, apresenta a mesma estrutura que a versão original, nomeadamente 17 itens, numa escala do tipo *Lickert* de cinco pontos (Carvalho, *et al.*, 2008a). Contudo, dada a sua recente tradução e adaptação, não foram ainda realizados estudos que analisem as suas qualidades psicométricas.

3.3. Questionário de Experiências de Combate (QEC; Carvalho, T., Cunha, M., & Pinto Gouveia, J., 2008):

Consiste num questionário de auto-resposta concernente a situações objectivas e típicas de combate/guerra da GCP. É composto por 3 secções que avaliam a frequência da exposição a situações típicas e objectivas de combate/guerra, o grau de perturbação emocional resultante da citada exposição, as experiências revividas e o grau de perturbação emocional provocado pelas situações revividas, tendo em conta o último mês (Carvalho, *et al.*, 2008b). Cada secção, composta por duas subescalas, apresenta 23 itens com questões dicotómicas ou contínuas, respectivamente. No que toca à cotação, esta compreende valores entre 0 e 115 pontos (secção A) e 0 e 92 pontos (secção B e C). Acrescenta-se que uma ou mais subescalas, pertencentes ou não à mesma secção, podem ser usadas separadamente (cf. Anexo 4).

Embora o QEC constitua um questionário de avaliação psicológica, não é considerado uma escala, porque os indivíduos respondem apenas às questões que se ajustam à sua situação individual, pelo que não são obrigatórias respostas a todos os itens das secções que o compõem. Por essa razão, não é exequível a análise das suas propriedades psicométricas (Pais Ribeiro, 1999; Pais Ribeiro, 2007).

Salienta-se que este estudo usou a subescala *frequência de exposição a situações típicas e objectivas de combate/guerra* (pertencente à secção A) e a *subescala relativa ao grau de perturbação associado à exposição ao combate/guerra* (pertencente à secção B).

3.4. Difficult Livings and Working Environment Scale (DLWES; King, L. A., King, D. W., & Vogt, D. S., 2003; versão portuguesa de Carvalho, T., Cunha, M., & Pinto Gouveia, J., 2008):

Escala de auto-resposta de 20 itens, numa escala do tipo *Lickert* em que 1 corresponde a “quase nunca” e 5 a “quase sempre” (King *et al.*, 2003, 2006, 2008). O DLWES analisa as desconfortos vividos e relacionadas com o teatro de guerra, desconfortos estes que podem incluir longos dias de trabalho, dificuldades em aceder a alimentos desejados, desconfortos climatéricos, dificuldades culturais e equipamentos inadequados (King, *et al.*, 2003, 2006). A pontuação pode variar entre 20 e 100 pontos, sendo que quanto maior for a pontuação, maiores serão os desconfortos vividos (King, *et al.*, 2003, 2006, 2008).

Relativamente às suas propriedades psicométricas, King e colaboradores (2003, 2008) revelam uma consistência interna de .87 (no estudo 1) e de .89 (no estudo 2). Fikretoglu e colaboradores (2006) referem valores de .87 (no estudo 1) e de .88 (no estudo 2), bem como uma estabilidade temporal de .91.

A versão portuguesa, constituída por 22 itens, sofreu alterações em três itens (“16. *Tinha dificuldade em utilizar o equipamento e manejar o armamento.*”; “18. *As minhas actividades diárias eram limitadas, devido ao reduzido desenvolvimento e/ou isolamento local.*” e “20. *Tinha dificuldades em lidar com a pressão a que era sujeito para aliciar as populações locais a não prestarem apoio logístico ao inimigo (“psico”).*”) porque o conteúdo dos mesmos não se enquadrava na realidade da GCP, razão pela qual foram acrescentados dois novos itens (“21. *Sentia-me desconfortável viver com as populações locais divididas entre as partes em confronto militar.*”; “22. *Era desagradável ter de consumir a mesma comida durante longos períodos de tempo.*”) (Carvalho *et al.*, 2008c).

A cotação da versão portuguesa da DLWES varia entre 22 e 110 pontos, numa escala do tipo *Lickert* de 5 pontos. Com a finalidade de minorar o automatismo nas respostas, os itens estão intercalados entre si: os itens 1, 2, 5, 6, 9, 11, 14, 15, 16 e 18 encontram-se em escala directa e os itens 3, 4, 7, 8, 10, 12, 13, 17 e 19 em escala invertida (cf. Anexo 5).

Todavia, dada a sua recente tradução e adaptação, não foram ainda realizados estudos que analisem as suas propriedades psicométricas.

3.5. Perceived Threat Scale (PTS; King, L. A., King, D. W., & Vogt, D. S., 2003; versão portuguesa de Carvalho, T., Cunha, M., & Pinto Gouveia, J., 2008):

Esta escala de auto-resposta é composta por 15 itens, numa escala do tipo *Lickert* onde 1 corresponde a “*discordo bastante*” e 5 a “*concordo bastante*” (King, *et al.*, 2003, 2006, 2008). Mede a percepção de ameaça de segurança e bem-estar pessoais em teatro de guerra (King, *et al.*, 2006, 2008), contemplando aspectos emocionais e cognitivos que podem ou não estar relacionados com a realidade objectiva (King, *et al.*, 2003). A pontuação oscila entre 15 e 75 pontos, sendo que quanto maior for a pontuação, mais elevada será a ameaça apercebida (King, *et al.*, 2003).

Quanto às suas qualidades psicométricas, King e colaboradores (2003, 2008) revelam uma consistência interna de .86 (estudo 1) e de .89 (estudo 2) e Vogt, Proctor, King, King e Vasterling (2008) divulgam um $\alpha = .84$. Por sua vez, Fikretoglu e colaboradores (2006) referem um $\alpha = .91$ (estudo 1 e 2) e uma estabilidade temporal de .89.

A versão portuguesa, constituída por 15 itens, numa escala do tipo *Lickert* de cinco pontos, sofreu modificações em seis itens (“3. *Preocupava-me com a possibilidade de o inimigo evoluir quanto ao armamento e mobilidade.*”; 6. “*Preocupava-me a possibilidade de ocorrerem acidentes (ex: ferimentos provocados por forças amigas).*”; “11. *Tinha medo de ser atacado por meios marítimos e aéreos durante as viagens de deslocação de e para o Ultramar.*”; 12. “*Sentia que iria adoecer devido à ingestão de águas impróprias para o consumo.*”; “13. *Sentia-me ameaçado por animais, insectos e plantas perigosos.*” e “14. *Preocupava-me a possibilidade de poder ser vítima de tempestades e ciclones na época das chuvas.*”), porque que o conteúdo dos mesmos não se enquadrava na realidade da GCP (Carvalho, *et al.*, 2008d). Porém, devido à sua recente tradução e adaptação, não foram ainda efectuados estudos que analisem as suas propriedades psicométricas.

A cotação da PTS varia entre 15 e 75 pontos, numa escala do tipo *Lickert* de 5 pontos. Com o objectivo de diminuir a anuência das respostas, os itens encontram-se alternados entre si: os itens 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15 encontram-se em escala directa e os itens 2 e 8 em escala invertida (Carvalho, *et al.*, 2008d) (cf. Anexo 6).

3.6. Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (PDEQ; Marmar, C. R., Weiss, D. S. & Metzler, T. J., 1997; versão portuguesa de Carvalho, T., Cunha, M., & Pinto Gouveia, J., 2008):

É um questionário com 10 itens de auto-resposta, numa escala do tipo *Lickert* de cinco pontos, em que 1 corresponde a “*nada verdadeiro*” e 5 a “*extremamente verdadeiro*” (Brooks, *et al.*, 2009; Henn-Haase, Metzler, Best, Neylan, & Marmar, 2008; Marmar, Weiss, & Metzler, 1997). O questionário avalia as experiências dissociativas durante o acontecimento traumático (Marmar, *et al.*, 1997) e as dimensões avaliadas são as seguintes: amnésia, despersonalização, desrealização, experiências transcendentais, alterações da percepção temporal e corporal (Brooks, *et al.*, 2009; Henn-Haase, *et al.*, 2008; Marmar, *et al.*, 1997).

Quanto às suas propriedades psicométricas, Marmar e colaboradores (1994) exibem uma boa consistência interna ($\alpha = .80$).

A versão portuguesa é composta por 10 itens, numa escala do tipo *Lickert* de cinco pontos (Carvalho, *et al.*, 2008e) e assume dois tipos de cotação: através de um valor contínuo, sendo que quanto mais elevado este for mais dissociação se verifica; ou através de um ponto de corte assente numa média igual ou superior a 1,5 pontos por item. Desta forma, os indivíduos que apresentem pontuações médias iguais ou inferiores a 1,5 pontos não apresentam experiências peritraumáticas significativas e aqueles que pontuem um valor ou superior a 1,5 pressupõe a presença de sintomas peritraumáticos significativos (Marmar, Weiss, Metzler, & Delucchi, 1996). Este último tipo de cotação implica ainda, por norma, três padrões de resposta: 1) respostas em pelo menos 2 ou mais itens assinaladas nos códigos de resposta 4 (“*muito verdade*”) e/ou 5 (“*extremamente verdade*”); 2) respostas em pelo menos 5 ou mais itens assinaladas nos códigos de resposta 2 (“*ligeiramente verdade*”); e 3) respostas em pelo menos 3 ou mais itens assinaladas nos códigos de resposta 3 (“*algo verdade*”) (Marmar, *et al.*, 1996). Não obstante, dada a sua recente tradução e adaptação, não foram, até ao momento, realizados estudos que analisem as suas propriedades psicométricas (cf. Anexo 7).

4. Procedimento geral de colheita de dados

Depois de obtermos, por parte dos autores, a autorização para a utilização dos instrumentos supracitados, procedemos à colheita dos dados na população portuguesa, de modo a formar uma amostra de 105 indivíduos.

Explicou-se aos participantes a pertinência clínica em compreender as consequências

psicológicas decorrentes da GCP, sendo a participação dos mesmos voluntária, mediante consentimento informado (cf. Anexo 1). A recolha de dados decorreu entre Fevereiro e Julho de 2009. No que toca à duração no preenchimento da bateria de questionários, os indivíduos com baixa escolaridade demoraram a preencher aproximadamente 90 minutos e os restantes cerca de 60 minutos.

Após a recolha da primeira administração da bateria de questionários, informámos os participantes da ocorrência de uma segunda administração da bateria, com a finalidade de avaliar a estabilidade temporal dos instrumentos. Cerca de três semanas mais tarde, 31 dos 105 indivíduos participaram nesta segunda etapa da investigação. Salientámos que nesta segunda administração, por ser mais curta, os indivíduos com baixa escolaridade demoraram a preenchê-la uma média de 45 minutos, enquanto os restantes uma média de 30 minutos.

5. Tratamento estatístico dos dados

Recorremos ao programa *Statistical Package for the Social Sciences version 17 for Windows* (SPSS 17) para efectuar análises estatísticas. Na caracterização da amostra foi efectuada uma estatística descritiva, com o cálculo de médias, desvios-padrão, mínimos e máximos. Para as comparações entre os subgrupos, procedeu-se ao cálculo do qui-quadrado para as variáveis categoriais e aos cálculos do teste t de *student* e do teste U de *Mann-Whitney* para as variáveis contínuas (Pais Ribeiro, 1999; Pereira, 2004; Pestana & Gageiro, 2008). Esclarecemos que, para aumentar a segurança/confirmação dos resultados obtidos no teste paramétrico do t de *student*, repetimos o mesmo processo com o teste não paramétrico do U de *Mann-Whitney*, uma vez que a nossa amostra não apresenta uma distribuição normal. Para determinar a fidedignidade dos instrumentos de avaliação utilizados, recorremos ao *alpha* de *Cronbach* e às correlações item-total para o estudo da consistência interna, bem como às correlações de *Pearson* para analisar a estabilidade temporal dos itens e dos respectivos totais (Osgood, Suci & Tannenbaum, 1957). Para a análise factorial do PDEQ, efectuámos a análise dos componentes principais, com rotação de Varimax (Pereira, 2004; Pestana & Gageiro, 2008). A validade divergente foi realizada através de correlações de *Pearson*, enquanto que a validade de critério foi estudada através do cálculo do t de *student* e do teste U de *Mann-Whitney*, pelas mesmas razões anteriormente mencionadas (Pereira, 2004; Pestana & Gageiro, 2008). Por fim, para avaliar a predição das variáveis em estudo, foi executado o modelo de regressão linear múltipla (Pereira, 2004; Pestana & Gageiro, 2008) para compreender a influência dos factores de vulnerabilidade peritraumáticos na população

em estudo.

6. Caracterização geral da amostra

Para a caracterização da nossa amostra, recorreremos à formação de dois subgrupos de comparação (i.e. com PTSD e sem PTSD), com base nos critérios anteriormente referidos. Esta formação teve como finalidade caracterizar a amostra quanto à prevalência da PTSD, bem como compará-los relativamente às variáveis sócio-demográficas. Deste modo, os indivíduos que se situam abaixo dos 50 pontos estão contemplados no subgrupo sem PTSD e que aqueles que apresentam uma pontuação superior a 50 pontos integram o subgrupo com PTSD.

No quadro 2, verifica-se que 26 indivíduos possuem PTSD (24,8%), contrapondo os 79 que não padecem da mesma perturbação (75,2%), num total de 105 indivíduos (100%).

Quadro 2: Caracterização dos subgrupos

	Total	
	N	%
Total	105	100
Com PTSD	26	24,8
Sem PTSD	79	75,2

Nota: N = Número total de indivíduos; % = Percentagem

Apresentadas no quadro 3, estão descritas as características sócio-demográficas da amostra, bem como dos dois subgrupos que a constituem. Não obstante, do total de 105 indivíduos incluídos na amostra, apenas 104 responderam às questões relativas à idade, à escolaridade, ao estado civil, à situação profissional (IEFP, 1994), à categoria profissional dos civis, ao ramo das forças armadas, ao posto e à situação profissional dos militares.

Como se pode constatar no quadro 3, no grupo da amostra total, a idade encontra-se entre os 55 e os 74 anos, sendo a sua média de 61,90 anos (DP = 4,104). Por seu lado, na escolaridade, num intervalo que vai dos 2 aos 17 anos, a média situa-se nos 7,11 anos (DP = 3,988). No que toca ao estado civil, 1 indivíduo é solteiro (1,0%), 97 são casados (93,3%), 4 são divorciados (3,8%) e 2 são viúvos (1,9%). Quanto à ocupação profissional, 99 indivíduos são civis (95,2%) e 5 são militares (4,8%). Nos civis, 61 indivíduos estão reformados (58,7%). Acrescentámos, ainda, que a categoria profissional mais reiterada é a Indústria, com 18 indivíduos (17,3%). No que concerne ao ramo das forças armadas, constatamos que 4

indivíduos são do Exército (3,8) e 1 da Força Aérea (1%), sendo 1 praça (1,0%), 3 sargentos (2,9%) e 1 oficial (1,0%). Ainda dentro deste grupo, 1 indivíduo está na reserva (1,0%) e 4 na reforma (3,8%). Por sua vez, a média do tempo total de comissão compreende os 6 e os 86 meses, sendo que a média se situa nos 24,76 meses ($DP = 8,789$). Quanto àqueles que recorreram ao apoio psicológico e/ou psiquiátrico, 75 indivíduos não se socorreram deste serviço (71,4%), enquanto que os restantes 30 procuraram ajuda (28,6%).

Em relação ao subgrupo com PTSD, composto por 26 indivíduos, verificámos que a média de idades é de 61,35 anos ($DP = 4,156$) e a média de anos de escolaridade é de 6,54 anos ($DP = 3,409$). Quanto ao estado civil, 25 indivíduos são casados (24,0%) e 1 é viúvo (1,0%). No que diz respeito à ocupação profissional, 25 indivíduos são civis (24,0%) e 1 é militar (1,0%). Dos 25 civis, 2 estão nos quadros dirigentes (1,9%), 2 estão contemplados nas profissões intelectuais ou cientistas (1,9%), 2 no comércio e serviços (1,9%), 8 na indústria (7,7%) e 1 na categoria dos operários (1,0%). Salienta-se, ainda, que 9 estão reformados (8,7%) e 1 desempregado (1,0%). No que toca aos militares, verificámos 1 sargento da Força Aérea reformado (1,0%). A média do tempo total de comissão situa-se nos 27,19 meses ($DP = 12,474$). Quanto àqueles que recorreram ao apoio psicológico e/ou psiquiátrico, 11 indivíduos não recorreram (10,5%), em oposição aos 15 que o fizeram (14,2%).

Em relação ao subgrupo sem PTSD, constituído por 79 indivíduos, constatamos que a média de idades é de 62,09 anos ($DP = 4,097$) e a média de anos de escolaridade é de 7,29 anos ($DP = 4,166$). Quanto ao estado civil, 1 indivíduo é solteiro (1,0%), 72 são casados (69,2%), 3 são divorciados/separados (2,9%) e 2 são viúvos (1,9%). Na ocupação profissional dos indivíduos, 74 são civis (71,2%) e 4 são militares (3,8%). Das categorias profissionais dos civis, 1 indivíduo está nos quadros dirigentes (1,0%), 2 na categoria dos intelectuais/cientistas (1,9%), 2 são técnicos (1,9%), 2 estão nos quadros administrativos (1,9%), 3 estão ligados ao comércio e serviços (2,9%), 2 são agricultores (1,9%) e 10 trabalham na indústria (9,6%). Evidencia-se, ainda, que 52 indivíduos estão reformados (50,0%). Relativamente ao ramo e ao posto das forças armadas, verificámos 1 praça (1,0%), 2 sargentos (1,9%) e 1 oficial (1,0%) do Exército. Destes quatro, 1 está na reserva (1,0%) e 3 na reforma (2,9%). A média do tempo total de comissão situa-se nos 23,96 meses ($DP = 7,106$). Quanto àqueles que recorreram ao apoio psicológico e/ou psiquiátrico, 64 indivíduos não recorreram a este serviço (61,0%), opondo-se aos 15 que o fizeram (14,3%).

Foram, ainda, comparados os dois subgrupos (i.e. com e sem PTSD) tendo em conta as variáveis sócio-demográficas supracitadas. Não obstante, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas na idade ($t = .799$; g.l. = 102; $p = .426$), escolaridade ($t = .836$;

Quadro 3: Características sócio-demográficas da amostra

	Amostra total (n = 104)	Subgrupo com PTSD (n = 26)	Subgrupo sem PTSD (n = 79)
Idade			
M	61,90	61,35	62,09
DP	4,104	4,156	4,097
(Intervalo)	(55-74)	(56-70)	(55-74)
Escolaridade (em anos)			
M	7,11	6,54	7,29
DP	3,988	3,409	4,166
(Intervalo)	(2-17)	(2-15)	(4-17)
Estado civil			
Solteiro	1 (1,0%)	0	1 (1,0%)
Casado	97 (93,3%)	25 (24,0%)	72 (69,2%)
Divorciado/Separado	4 (3,8%)	1 (1,0%)	3 (2,9%)
Viúvo	2 (1,9%)	0	2 (1,9%)
Situação profissional			
Civil	99 (95,2%)	25 (24,0%)	74 (71,2%)
Militar	5 (4,8%)	1 (1,0%)	4 (3,8%)
Categorias profissionais dos civis			
Quadros dirigentes	3 (2,9%)	2 (1,9%)	1 (1,0%)
Intelectuais/cientistas	4 (3,8%)	2 (1,9%)	2 (1,9%)
Técnicos	2 (1,9%)	0	2 (1,9%)
Administrativos	2 (1,9%)	0	2 (1,9%)
Comércio e serviços	5 (4,8%)	2 (1,9%)	3 (2,9%)
Agricultura e pescas	2 (1,9%)	0	2 (1,9%)
Indústria	18 (17,3%)	8 (7,7%)	10 (9,6%)
Operários	1 (1,0%)	1 (1,0%)	0
Reformados	61 (58,7%)	9 (8,7%)	52 (50,0%)
Desempregos	1 (1,0%)	1 (1,0%)	0
Ramo das forças armadas			
Exército	4 (3,8%)	0	4 (3,8%)
Força Aérea	1 (1,0%)	1 (1,0%)	0
Posto			
Praças	1 (1,0%)	0	1 (1,0%)
Sargentos	3 (2,9%)	1 (1,0%)	2 (1,9%)
Oficiais	1 (1,0%)	0	1 (1,0%)
Situação actual dos militares			
Reserva	1 (1,0%)	0	1 (1,0%)
Reforma	4 (3,8%)	1 (1,0%)	3 (2,9%)
Tempo de exposição (em meses) à GCP			
M	24,76	27,19	23,96
DP	8,789	12,474	7,106
(Intervalo)	(6-86)	(12-86)	(6-56)
Apoio psicológico e/ou psiquiátrico			
Sim	30 (28,6%)	15 (14,2%)	15 (14,3%)
Não	75 (71,4%)	11 (10,5%)	64 (61,0%)

g.l. = 102; $p = .405$), estado civil ($\chi^2 = 1.031$; g.l. = 3; $p = .794$), situação profissional ($\chi^2 = .070$; g.l. = 1; $p = .791$), ramo das forças armadas ($\chi^2 = 4.337$; g.l. = 2; $p = .114$) e respectivo posto ($\chi^2 = .781$; g.l. = 3; $p = .854$), situação actual dos militares ($\chi^2 = .337$; g.l. = 2; $p =$

.845) e tempo total de comissão ($t = -1.639$; g.l. = 103; $p = .104$), demonstrando que os subgrupos são homogêneos quanto a estas variáveis.

Para garantir estes resultados, uma vez que a nossa amostra não apresenta uma distribuição normal, verificámos que os valores obtidos pelo teste U de *Mann-Whitney* confirmam os resultados do teste t de *student* (*Mann-Whitney*, $p < .001$). Assim, As excepções verificam-se nas variáveis categorias profissionais dos civis ($\chi^2 = 19.823$; g.l. = 10; $p = .031$) e apoio psicológico e/ou psiquiátrico ($\chi^2 = 14.360$; g.l. = 1; $p = .000$), onde se observam diferenças estatisticamente significativas entre os subgrupos, patenteando a sua heterogeneidade em ambas as variáveis.

7. Análise dos resultados

O presente capítulo pretende dar um pequeno contributo para a fidedignidade dos instrumentos de avaliação utilizados neste estudo. Para o efeito, analisámos as propriedades psicométricas das versões portuguesas do PCL-M, da DLWES, da PTS e do PDEQ, numa amostra de combatentes da GCP. Reiteramos que o QEC não foi sujeito a esta mesma análise por constituir um instrumento de avaliação onde os indivíduos só respondem às questões que se adequam à sua experiência militar, pelo que podem existir itens que não são retorquidos por não se enquadrarem à situação pessoal.

Como tal, a análise dos resultados está organizada em cinco estudos, sendo que os quatro primeiros são referentes às propriedades psicométricas do PCL-M, da DLWES, da PTS e do PDEQ, através da consistência interna, da fidedignidade temporal e dos estudos de validade divergente e de critério. Ressalvamos que não foi efectuada a validade convergente devido a limitações temporais para o efeito, por desconhecermos instrumentos de avaliação para a população portuguesa que avaliem aspectos relacionados e implicados na PTSD, bem como para não comprometer os propósitos deste estudo, uma vez que implicaria que a bateria de questionários fosse mais extensa. Por último, o quinto estudo pretendeu avaliar a influência das variáveis tempo de exposição ao combate/guerra, frequência de exposição a situações típicas e objectivas de combate/guerra, grau de perturbação associado à exposição ao combate/guerra, ameaça apercebida, desconfortos diários durante a(s) comissão(ões) e dissociação peritraumática no desenvolvimento da PTSD, através do modelo de regressão linear múltipla.

7.1. Estudo 1: Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa do PCL-M

7.1.1. Consistência interna, estudo dos itens e da fidedignidade temporal

O estudo da consistência interna revelou, para o total do PCL-M, um *alpha* de Cronbach de .961. No quadro que se segue são apresentados a média, o desvio-padrão, a correlação item-total e a correlação teste-reteste para os itens e para o total do PCL-M.

Podemos constatar, quanto ao estudo dos itens, que as 17 questões que compõem o PCL-M demonstram correlações item-total acima de .58, sendo estas consideradas boas por apresentarem valores superiores a .30 (Field, 2005).

No que toca à estabilidade temporal dos itens e do total do PCL-M, por um intervalo de tempo de 3 semanas, a análise correlacional revelou-se boa em ambos os casos, sendo o valor de correlação em todos os itens superior a .30 e um valor de $r = .875$ para o respectivo total.

Quadro 4: Médias, desvio-padrão, correlação item-total e correlação teste-reteste do PCL-M

	M	DP	Correlações item-total	Teste reteste
1. Memórias, pensamentos ou imagens perturbadores e repetidos sobre uma situação militar indutora de stress.	2,48	1,235	,723	,611
2. Sonhos perturbadores repetidos sobre uma situação militar indutora de stress.	2,23	1,146	,733	,676
3. Agir ou sentir repentinamente, como se uma situação militar indutora de stress estivesse novamente a acontecer (como se a estivesse a reviver).	2,35	1,450	,782	,666
4. Sentir-se muito perturbado(a), quando algo o(a) faz recordar uma situação militar indutora de stress.	2,39	1,308	,896	,658
5. Ter reacções físicas (ex.: palpitações, alterações da respiração, sudação) quando algo o(a) faz recordar uma situação militar indutora de stress.	2,23	1,117	,864	,641
6. Evitar pensar ou falar sobre uma situação militar indutora de stress ou evitar ter sentimentos relacionados com ela.	2,32	1,400	,814	,712
7. Evitar actividades ou situações, porque estas o(a) fazem recordar uma situação militar indutora de stress.	2,26	1,570	,818	,760
8. Dificuldade em recordar partes importantes de uma situação militar indutora de stress.	2,19	1,470	,636	,504
9. Perda de interesse por actividades de que anteriormente gostava.	1,81	1,138	,586	,461
10. Sentir-se distante ou afastado das outras pessoas.	2,10	1,491	,788	,697
11. Sentir-se emocionalmente entorpecido/dormente ou incapaz de ter sentimentos de amor em relação aos que estão mais próximos de si.	1,81	1,046	,671	,795
12. Sentir que o seu futuro será, de alguma forma, mais encurtado.	2,58	1,385	,774	,837
13. Dificuldades em adormecer ou em manter-se a dormir.	2,32	1,536	,762	,661
14. Sentir-se irritado ou ter acessos de raiva.	2,45	1,410	,774	,745
15. Ter dificuldades em concentrar-se.	2,42	1,409	,756	,577
16. Estar "super atento(a)", vigilante ou em sentido de alerta.	2,48	1,363	,741	,433
17. Sentir-se apreensivo(a)/nervoso(a) ou facilmente assustado(a)/sobressaltado(a).	2,71	1,465	,763	,727
TOTAL	39,13	18,132	1,00	,875

7.1.2. Consistência interna do PCL-M total e de cada uma das suas dimensões

O PCL (versões militar e civil) é um questionário de 17 itens, que correspondem aos 17 critérios de diagnóstico da PTSD segundo o DSM-IV-TR (2002), diagnóstico este que tem em conta a totalidade das questões. Não obstante, vários estudos fazem, igualmente, uma análise do *alpha* de Cronbach das respectivas dimensões do PCL-M (i.e. reexperiência, evitamento/ embotamento e activação aumentada) (Blanchard, Jones-Alexander, Buckley, & Forneris, 2005; Lang, Laffaye, Satz, Dresselhaus, & Stein, 2003; Palmieri & Fitzgerald, 2005; Ruggiero, Del Ben, Scotti, & Rabalais, 2003; Shelby, Golden-Kreutz, & Andersen, 2005; Weathers e tal., 1993; Wu, Chan, & Yiu, 2008). Por esse motivo, considerámos pertinente proceder a esta análise nas dimensões do PCL-M.

No quadro 5 verificamos uma consistência interna superior a .90 nas dimensões reexperiência ($\alpha = .938$), evitamento/embotamento ($\alpha = .901$) e activação aumentada ($\alpha = .911$), bem como no total do PCL-M ($\alpha = .961$).

Quadro 5: Consistência interna do PCL-M e de cada uma das suas dimensões

Dimensões da PTSD	Alpha de Cronbach
Reexperiência (itens 1 a 5)	,938
Evitamento (itens 6 a 12)	,901
Activação neurovegetativa (itens 13 a 17)	,911
TOTAL	.961

7.1.3. Estudo da validade divergente do PCL-M

Para o estudo da validade divergente efectuámos correlações entre o total do PCL-M e os totais da escala de frequência de exposição a situações típicas e objectivas de combate/guerra, escala relativa ao grau de perturbação associado à exposição ao combate/guerra, DLWES, PTS e PDEQ na amostra total e nos subgrupos com e sem PTSD.

Na amostra total e no subgrupo sem PTSD, encontramos correlações significativas entre o PCL-M e os demais instrumentos. Estes resultados, por si só, sugerem que os instrumentos não se diferenciam claramente entre si quanto aos constructos em avaliação. Por seu turno, no subgrupo com PTSD, exceptuando-se a correlação entre o PCL-M e o PDEQ, não se encontram correlações significativas, pelo que os restantes instrumentos avaliam diferentes constructos. Na generalidade, estes dados sugerem igualmente a presença de uma boa validade divergente-discriminante dos instrumentos em causa. (cf. Quadro 6).

Quadro 6: Correlações entre o PCL-M, a escala de frequência de exposição a situações típicas e objectivas de combate/guerra, a escala do grau de perturbação associado à exposição ao combate/guerra, a DLWES, a PTS e o PDEQ na amostra total e nos subgrupos com e sem PTSD

	Amostra total (n = 105)		Subgrupo Com PTSD (n = 26)		Subgrupo Sem PTSD (n = 79)	
	PCL-M		PCL-M		PCL-M	
	r	p	r	p	r	p
Frequência de exposição ao combate/guerra	,565	,000	,185	,367	,278	,013
Grau de perturbação associado ao combate/guerra	,626	,000	,185	,367	,366	,001
PDEQ	,690	,000	,591	,001	,573	,000
DLWES	,601	,000	,170	,407	,437	,000
PTS	,465	,000	,138	,500	,343	,002

7.1.3. Estudo da validade de critério do PCL-M

A capacidade discriminante do total do PCL-M foi estudada através do cálculo do t de *student* e teve em linha de conta os dois subgrupos (i.e. com e sem PTSD).

Podemos conferir no quadro 7 que o subgrupo com PTSD apresenta uma pontuação no total do PCL-M (M = 62,54) mais elevada que o subgrupo sem PTSD (M = 28,42), revelando diferenças significativas entre os dois subgrupos (t = -15,040; p = .000).

De modo a garantir estes resultados, uma vez que a nossa amostra não apresenta uma distribuição normal, procedemos à análise do teste U de *Mann-Whitney*, que confirma os resultados do teste t de *student* (U = 6,500; p = .000).

Quadro 7: Comparação das médias dos dois subgrupos no PCL-M

	Com PTSD (n = 26)		Sem PTSD (n = 79)		t	p
	M	DP	M	DP		
PCL-M	62,54	8,769	28,42	10,407	-15,040	,000

A versão portuguesa do PCL-M revelou uma excelente consistência interna ($\alpha = .961$) e o estudo das correlações item-total apresentou valores superiores a .58 nos 17 itens.

No estudo da validade divergente, o PCL-M revelou correlações significativas entre os instrumentos de avaliação na amostra total e no subgrupo sem PTSD, enquanto que no subgrupo com PTSD apenas se verificou uma correlação significativa entre o PCL-M e o PDEQ. Tais resultados poderão indicar-nos que na amostra total e no subgrupo sem PTSD não existe uma evidente diferenciação dos constructos avaliados, enquanto que no subgrupo

com PTSD, exceptuando-se entre o PCL-M e o PDEQ, tal não se verifica, sugerindo que os restantes instrumentos de avaliação não estão relacionados com a PTSD. Estes resultados são, no entanto, sugestivos da presença de uma boa validade divergente-discriminante relativamente ao diagnóstico.

Na validade de critério, o PCL-M permite distinguir o subgrupo com PTSD do subgrupo sem PTSD, possuindo assim uma boa capacidade discriminante.

Relativamente à estabilidade temporal, verificámos correlações superiores a .30 em todos os itens e uma correlação de .875 para o respectivo total do PCL-M.

7.2. Estudo 2: Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da DLWES

7.2.1. Consistência interna, estudo dos itens e da fidedignidade temporal

Podemos verificar uma boa consistência interna para o total da DLWES ($\alpha = .878$).

O quadro 8 apresenta a média, o desvio-padrão, a correlação item-total e a correlação teste-reteste dos itens e do total da DLWES.

Com se pode observar, as correlações item-total patenteiam valores superiores a .30 na generalidade dos itens, exceptuando-se os seguintes: “20. *Tinha dificuldade em lidar com a pressão a que era sujeito para aliciar as populações locais a não prestarem apoio logístico ao inimigo (“psico”).*” ($r = .086$) e “21. *Sentia-me desconfortável viver com as populações locais divididas entre as partes em confronto militar.*” ($r = .224$).

No que toca à estabilidade temporal dos itens, por um intervalo de tempo de 3 semanas, a análise correlacional revelou ser boa, sendo os valores de correlação superiores a .30, com excepção nos seguintes itens: “18. *As minhas actividades diárias eram limitadas, devido ao reduzido desenvolvimento e/ou isolamento social.*” ($r = .126$) e “22. *Era desagradável ter de consumir a mesma comida durante longos períodos de tempo.*” ($r = .235$). No que toca ao valor encontrado para a estabilidade temporal do total da DLWES, este foi de $r = .873$.

Quadro 8: Médias, desvios-padrão, correlação item-total e correlação teste-reteste da DLWES

	M	DP	Correlações item-total	Teste reteste
1. O clima era extremamente desconfortável.	3,35	1,518	,519	,422

	M	DP	Correlações item-total	Teste reteste
2. Durante a(s) Comissão(ões), tive que lidar com animais, insectos ou plantas incomodativos.	3,61	1,453	,354	,667
3. Tinha acesso a roupas limpas, quando delas necessitava.	2,68	1,469	,348	,648
4. Podia ter acesso a uma bebida refrescante (ex.: água, sumo, etc.), quando queria.	3,00	1,238	,504	,511
5. A comida que tinha de comer era de muito má qualidade (ex. rações de combate más ou fora do prazo).	2,71	1,160	,570	,799
6. As condições em que vivi eram muito pouco higiénicas.	2,74	1,210	,541	,595
7. Tinha acesso a casas de banho ou a duchas, quando deles necessitava.	2,77	1,359	,752	,770
8. Dormia o suficiente.	2,81	1,302	,766	,702
9. O espaço em que vivia era ocupado por muita gente.	3,35	1,518	,437	,645
10. Conseguia ter a privacidade suficiente.	3,65	1,330	,495	,332
11. Os dias de actividade eram demasiado longos.	3,65	1,050	,312	,331
12. Tinha o descanso e a recuperação que necessitava.	2,94	1,340	,688	,378
13. Recebia a minha correspondência a tempo.	2,65	1,226	,390	,630
14. Estive exposto(a) a cheiros horríveis.	2,23	1,146	,478	,351
15. Fui sujeito a barulhos muito altos.	2,35	1,170	,364	,443
16. Tinha dificuldade em utilizar o equipamento e manejar o armamento.	1,52	,724	,378	,521
17. Tinha o equipamento e os víveres necessários para o que precisava de fazer.	2,39	1,174	,606	,545
18. As minhas actividades diárias eram limitadas, devido ao reduzido desenvolvimento e/ou isolamento local.	2,71	1,160	,358	,126
19. Sentia-me confortável em viver na cultura (ou culturas) onde estive em Comissão(ões).	2,97	1,538	,593	,362
20. Tinha dificuldade em lidar com a pressão a que era sujeito para aliciar as populações locais a não prestarem apoio logístico ao inimigo ("psico").	2,42	1,409	,086	,488
21. Sentia-me desconfortável viver com as populações locais divididas entre as partes em confronto militar.	2,48	1,435	,224	,313
22. Era desagradável ter de consumir a mesma comida durante longos períodos de tempo.	3,32	1,492	,586	,235
TOTAL	62,29	15,230	1,00	,873
Alpha de Cronbach (para o total da DLWES)			.878	

7.2.2. Estudo da validade divergente da DLWES

Para o efeito fizemos correlacionar o total da DLWES com os totais do PCL-M, escala de frequência de exposição a situações típicas e objectivas de combate/guerra, escala relativa ao grau de perturbação associado à exposição ao combate/guerra, PTS e PDEQ na amostra total e nos subgrupos com e sem PTSD.

Verifica-se no quadro 9 que, tanto na amostra total como no subgrupo sem PTSD, as correlações são significativas entre a DLWES e os restantes instrumentos de avaliação, resultados estes que, analisados isoladamente, não indicam a presença de uma diferenciação clara entre si quanto aos constructos avaliados. No subgrupo com PTSD, nenhuma das correlações é significativa entre a DLWES e os demais instrumentos em estudo.

Quadro 9: Correlações entre a DLWES, o PCL-M, a escala de frequência de exposição a situações típicas e objectivas de combate/guerra, a escala do grau de perturbação associado à exposição ao combate/guerra, a PTS e o PDEQ na amostra total e nos subgrupos com e sem PTSD

	Amostra total (n = 105)		Subgrupo Com PTSD (n = 26)		Subgrupo Sem PTSD (n = 79)	
	DLWES		DLWES		DLWES	
	R	p	r	p	r	p
PCL-M	,601	,000	,170	,407	,437	,000
Frequência de exposição ao combate/guerra	,553	,000	,099	,631	,424	,000
Grau de perturbação associado ao combate/guerra	,497	,000	,099	,631	,354	,001
PDEQ	,407	,000	,328	,101	,364	,001
PTS	,554	,000	-,286	,157	,459	,000

7.2.3. Estudo da validade de critério da DLWES

A capacidade discriminante do total da DLWES foi estudada pelo cálculo de *t* de *student*, tendo em consideração dois subgrupos: um com PTSD e outro sem PTSD.

No quadro 10 pode analisar-se que o subgrupo com PTSD apresenta uma pontuação no total da DLWES ($M = 73,38$) mais elevada que o subgrupo sem PTSD ($M = 56,22$), sendo as diferenças entre os dois subgrupos significativas ($t = -5,697$; $p = .000$).

Quadro 10: Comparação das médias dos dois subgrupos na DLWES

	Com PTSD (n = 26)		Sem PTSD (n = 79)		t	p
	M	DP	M	DP		
DLWES	73,38	11,413	56,22	13,888	-5,697	,000

Para a garantir estes resultados, uma vez que a nossa amostra não apresenta uma distribuição normal, procedemos à análise do teste U de *Mann-Whitney*, que confirma os resultados do teste *t* de *student* ($U = 356,000$; $p = .000$).

Em síntese, a versão portuguesa da DLWES revelou um bom *alpha* de Cronbach ($\alpha = .878$). Por sua vez, o estudo das correlações item-total demonstrou que apenas dois itens apresentam correlações inferiores a .30.

Quanto ao estudo da validade divergente, a DLWES revelou, na amostra total e no subgrupo sem PTSD, correlações significativas entre o PCL-M e os restantes instrumentos de avaliação, enquanto que no subgrupo com PTSD não se verificam correlações significativas.

Ou seja, nos dois primeiros grupos não há uma clara diferenciação dos constructos avaliados, enquanto que no segundo grupo os resultados sugerem que os mesmos instrumentos não estão relacionados com os desconfortos vividos durante a(s) comissão(ões). Não obstante, à semelhança do verificado para os anteriores instrumentos, estes resultados indicam uma boa validade divergente-divergente quanto ao diagnóstico.

Relativamente à validade de critério, a DLWES permite distinguir os dois subgrupos, possuindo boa capacidade discriminante.

Quanto à estabilidade temporal dos itens, com um intervalo de 3 semanas, encontram-se boas análises correlacionais para a generalidade dos itens, com excepção do 18 e do 20. No que concerne à estabilidade temporal do total da DLWES, foi encontrado um valor de correlação de .873.

7.3. Estudo 3: Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da PTS

7.3.1. Consistência interna, estudo dos itens e da fidedignidade temporal

O estudo da consistência interna demonstrou um valor de *alpha* de Cronbach de .869.

No quadro 11 são apresentados a média, o desvio-padrão, a correlação item-total e a correlação teste-reteste, quer dos itens, quer do total da PTS.

Deste modo, pode verificar-se no quadro que se segue que a maioria das correlações item-total são superiores a .30, excluindo o seguinte item “10. *Preocupava-me que os comprimidos que tomava para me proteger me fizessem adoecer.*” ($r = .286$).

No que se refere à estabilidade temporal dos itens, por um intervalo de tempo de 3 semanas, a análise correlacional revelou ser boa, sendo os valores de correlação superiores a .30 na generalidade dos itens, com excepção no item “6. *Preocupava-me a possibilidade da minha unidade ser atacada pelo inimigo.*” ($r = .213$). Por seu lado, o valor de correlação encontrado para estabilidade temporal do total da DLWES foi de .792.

Quadro 11: Médias, desvios-padrão, correlação item-total e correlação teste-reteste da PTS

	M	DP	Correlações item-total	Teste reteste
1. Pensei que nunca iria sobreviver.	2,87	1,727	,705	,852
2. Senti-me seguro.	3,06	1,652	,338	,469
3. Preocupava-me com a possibilidade de o inimigo evoluir quanto ao armamento e mobilidade.	4,19	1,302	,421	,555

	M	DP	Correlações item-total	Teste reteste
4. Senti que corria um grande perigo de morrer ou ficar ferido.	4,19	1,352	,654	,762
5. Preocupava-me a possibilidade da minha unidade ser atacada pelo inimigo.	4,19	1,352	,637	,770
6. Preocupava-me a possibilidade de ocorrerem acidentes (ex. ferimentos provocados por forças amigas).	3,68	1,579	,716	,213
7. Tinha medo de me deparar com uma mina ou armadilha improvisada.	4,29	1,321	,757	,437
8. Estava seguro de que regressaria a casa, após a guerra.	3,00	1,693	,389	,667
9. Pensava que as vacinas que tinha tomado poderiam fazer-me adoecer.	2,48	1,568	,382	,383
10. Preocupava-me que os comprimidos que tomava para me proteger me fizessem adoecer.	2,58	1,455	,286	,416
11. Tinha medo de ser atacado por meios marítimos e aéreos durante as viagens de deslocação de e para o Ultramar.	2,10	1,375	,319	,478
12. Sentia que iria adoecer devido à ingestão de águas impróprias para consumo.	3,77	1,521	,814	,529
13. Sentia-me ameaçado por animais, insectos e plantas perigosos.	3,84	1,463	,572	,627
14. Preocupava-me a possibilidade de poder ser vítima de tempestades e ciclones na época das chuvas.	3,10	1,446	,497	,585
15. Preocupava-me com a possibilidade de contrair uma doença infecciosa.	4,42	1,119	,303	,574
TOTAL	51,52	13,005	1,00	,792
Alpha de Cronbach (para o total da PTS)			.869	

7.3.2. Estudo da validade divergente da PTS

Para o estudo da validade divergente efectuámos correlações entre o total da PTS e os totais do PCL-M, escala de frequência de exposição a situações típicas e objectivas de combate/guerra, escala relativa ao grau de perturbação associado à exposição ao combate/guerra, DLWES e o PDEQ na amostra total e nos subgrupos com e sem PTSD.

No quadro 12, quer na amostra total quer no subgrupo sem PTSD, verificámos que todas as correlações são significativas entre a PTS e os restantes instrumentos, sugerindo, por si só, que estes não se diferenciam claramente entre si quanto aos constructos que se pretendem medir. No subgrupo com PTSD não se encontram correlações significativas entre a PTS e os outros instrumentos de avaliação, sugerindo que estes avaliam distintos constructos.

Quadro 12: Correlações entre a PTS, o PCL-M, a escala de frequência de exposição a situações típicas e objectivas de combate/guerra, a escala do grau de perturbação associado à exposição ao combate/guerra, a DLWES e o PDEQ na amostra total e nos subgrupos com e sem PTSD

	Amostra total (n = 105)		Subgrupo Com PTSD (n = 26)		Subgrupo Sem PTSD (n = 79)	
	PTS		PTS		PTS	
	r	p	R	p	r	P
PCL-M	,465	,000	,138	,500	,343	,002
Frequência de exposição ao combate/guerra	,375	,000	,213	,296	,289	,010
Grau de perturbação associado ao combate/guerra	,439	,000	,213	,296	,362	,001
PDEQ	,473	,000	,200	,327	,439	,000
DLWES	,554	,000	-,286	,157	,459	,000

7.3.3. Estudo da validade de critério da PTS

Quando comparadas as pontuações da PTS nos dois subgrupos, através do t de *student*, verificámos que o subgrupo com PTSD apresenta uma pontuação no total da PTS (M = 56,62) significativamente mais elevada que o subgrupo sem PTSD (M = 46,16), sendo as diferenças significativas entre os dois subgrupos ($t = -3,984$; $p = .000$).

Quadro 13: Comparação das médias dos dois subgrupos na PTS

	Com PTSD (n = 26)		Sem PTSD (n = 79)		t	p
	M	DP	M	DP		
PTS	56,62	9,360	46,16	12,233	-3,984	,000

Para a garantir estes resultados, uma vez que a nossa amostra não apresenta uma distribuição normal, procedemos à análise do teste U de *Mann-Whitney*, que confirma os resultados do teste t de *student* ($U = 490,500$; $p = .000$).

Em resumo, a versão portuguesa da PTS revelou um bom *alpha* de Cronbach ($\alpha = .869$). Por seu turno, o estudo das correlações item-total mostrou que apenas um item apresenta uma correlação inferior a .30, designadamente o item 10.

No que toca ao estudo da validade divergente, no subgrupo com PTSD, a PTS não exhibe correlações significativas com os demais instrumentos em estudo. Não obstante, na amostra total e no subgrupo sem PTSD, as correlações são significativas entre a PTS e os outros instrumentos de avaliação. Tais resultados poderão remeter para a não diferenciação de

constructos na amostra total e no subgrupo sem PTSD e à subsequente diferenciação dos mesmos no subgrupo com PTSD. O instrumento em estudo revela, no entanto, uma boa validade divergente-discriminante em termos do diagnóstico. Na validade de critério, a PTS permite distinguir o subgrupo com PTSD do subgrupo sem PTSD, possuindo boa capacidade discriminante.

Relativamente à fidedignidade temporal dos itens, por um igual intervalo de três semanas, a análise correlacional revelou ser boa, sendo os valores de correlação superiores a .30 para a maior parte dos itens, ressalvando o item 6. Para o total da PTS foi encontrado um valor de correlação de .792.

7.4. Estudo 4: Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa do PDEQ

7.4.1. Consistência interna, estudo dos itens e da fidedignidade temporal

Para o total do PDEQ, apuramos um coeficiente de *alpha* de Cronbach de .957.

No quadro que se segue estão descritas a média, o desvio-padrão, a correlação item-total e a correlação teste-reteste dos itens, bem como do total do PDEQ. Podemos verificar no quadro 14 que as correlações item-total são superiores a .30 em todos os dez itens do PDEQ.

Relativamente à sua estabilidade temporal, a análise correlacional dos itens revelou boas correlações, com valores superiores a .30 em todos os dez itens, e um valor de correlação de .816 para o total do PDEQ.

Quadro 14: Médias, desvios-padrão, correlação item-total e correlação teste-reteste do PDEQ

	M	DP	Correlações item-total	Teste reteste
1. Tive momentos em que perdi a noção do que se estava a passar – tive “uma branca”, “perdi a noção do espaço” ou, de qualquer outra forma, não senti que fazia parte do que se estava a passar.	1,77	1,230	,849	,679
2. Percebi que estava em “piloto automático” – Acabei por fazer coisas que, mais tarde, percebi que não tinha realmente decidido fazer-las.	1,68	1,137	,684	,545
3. A minha noção do tempo modificou-se – As coisas pareciam estar a acontecer em “câmara lenta”.	1,90	1,106	,830	,494
4. O que estava a acontecer parecia-me irreal, como se estivesse num sonho ou a ver um filme ou uma peça de teatro.	1,81	1,223	,848	,576

	M	DP	Correlações item-total	Teste reteste
5. Senti-me como se fosse um(a) espectador(a) a observar o que me estava a acontecer, como se estivesse a flutuar por cima da cena ou a observá-la como alguém que estivesse de fora.	1,68	1,045	,895	,857
6. Houve momentos em que a percepção do meu próprio corpo parecia distorcida ou alterada. Sentia-me desligado(a) do meu próprio corpo, ou como se o meu corpo fosse maior ou mais pequeno do que o habitual.	1,71	1,160	,879	,788
7. Senti como se as coisas que estavam realmente a acontecer aos outros estivessem a acontecer comigo – como se estivesse preso(a), quando na realidade não estava.	1,94	1,153	,848	,682
8. Fiquei surpreendido(a) ao verificar que, afinal, muitas coisas tinham acontecido na altura em que não tive consciência delas, especialmente coisas que habitualmente teria notado.	2,03	1,169	,686	,441
9. Senti-me confuso(a), isto é, houve momentos em que tive dificuldade em perceber o que estava a acontecer.	2,13	1,176	,798	,663
10. Senti-me desorientado, isto é, houve momentos em que não tinha a certeza de onde estava ou do tempo em que me encontrava.	2,00	1,183	,804	,803
TOTAL	18,65	9,841	1,00	,816
Alpha de Cronbach (para o total do PDEQ)			,957	

7.4.2. Análise dos componentes principais do PDEQ

Com o objectivo de comparar a versão portuguesa com a versão original, relativamente à sua composição factorial, realizámos uma análise de componentes principais (ACP), seguida de rotação Varimax.

Conforme o quadro 15, para a medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi obtido o valor de 0,926, que indica que a análise de componentes principais pode ser feita (Pereira, 2004; Pestana & Gageiro, 2008). Significativo foi, também, o teste de esfericidade de Bartlett ($\chi^2 = 884,642$; $p < 0,001$), atestando que as variáveis são correlacionáveis (Pereira, 2004; Pestana & Gageiro, 2008).

Quadro 15: Medida de Kaiser-Meyer-Olkin e Teste de esfericidade de Bartlett

Medida de Kaiser-Meyer-Olkin para adequação da amostragem		,926
Teste de esfericidade de Bartlett	Approx. χ^2	884,642
	DP	45
	Sig.	,000

Ao realizarmos uma análise factorial ao PDEQ, como se pode verificar no quadro 16,

constatamos a extracção de um único factor com *eigenvalues* superiores a 1, que explica 70,193% da variância total, predizendo a sua unidimensionalidade.

Quadro 16: Factores, saturações e comunalidades de cada item do PDEQ

Componentes	Eigenvalues iniciais			Extracção pela soma dos pesos ao quadrado			Cumunalidades
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% Cumulativa	
1	7,019	70,193	70,193	7,019	70,193	70,193	,758
2	,571	5,713	75,906				,673
3	,463	4,635	80,541				,603
4	,417	4,174	84,715				,684
5	,370	3,702	88,417				,644
6	,325	3,255	91,672				,759
7	,286	2,865	94,537				,701
8	,259	2,590	97,126				,696
9	,158	1,579	98,705				,783
10	,130	1,295	100,000				,718

Pela análise dos componentes principais, verificamos no quadro 17 que os dez itens do PDEQ possuem valores superiores a .77, pelo que devem ser todos eles mantidos no PDEQ (Field, 2005).

Quadro 17: Análise dos componentes principais da versão portuguesa do PDEQ

	Factor 1
1. Tive momentos em que perdi a noção do que se estava a passar – tive “uma branca”, “perdi a noção do espaço” ou, de qualquer outra forma, não senti que fazia parte do que se estava a passar.	,871
2. Percebi que estava em “piloto automático” – Acabei por fazer coisas que, mais tarde, percebi que não tinha realmente decidido fazer-las.	,821
3. A minha noção do tempo modificou-se – As coisas pareciam estar a acontecer em “câmara lenta”.	,776
4. O que estava a acontecer parecia-me irreal, como se estivesse num sonho ou a ver um filme ou uma peça de teatro.	,827
5. Senti-me como se fosse um(a) espectador(a) a observar o que me estava a acontecer, como se estivesse a flutuar por cima da cena ou a observá-la como alguém que estivesse de fora.	,802
6. Houve momentos em que a percepção do meu próprio corpo parecia distorcida ou alterada. Sentia-me desligado(a) do meu próprio corpo, ou como se o meu corpo fosse maior ou mais pequeno do que o habitual.	,871
7. Senti como se as coisas que estavam realmente a acontecer aos outros estivessem a acontecer comigo – como se estivesse preso(a), quando na realidade não estava.	,838
8. Fiquei surpreendido(a) ao verificar que, afinal, muitas coisas tinham acontecido na altura em que não tive consciência delas, especialmente coisas que habitualmente teria notado.	,834
9. Senti-me confuso(a), isto é, houve momentos em que tive dificuldade em perceber o que estava a acontecer.	,885
10. Senti-me desorientado, isto é, houve momentos em que não tinha a certeza de onde estava ou do tempo em que me encontrava.	,848

7.4.3. Estudo da validade divergente do PDEQ

Realizámos correlações entre o total do PDEQ e os totais do PCL-M, escala de frequência de exposição a situações típicas e objectivas de combate/guerra, escala relativa ao grau de perturbação associado à exposição ao combate/guerra, DLWES e PTS na amostra total e nos subgrupos com e sem PTSD.

Pode constatar-se no quadro 18 que as correlações na amostra total e no subgrupo sem PTSD são significativas, indicando que, quando não comparadas com correlações estabelecidas com outros instrumentos que avaliem a dissociação peritraumática (validade convergente), o constructo em causa não se diferencia daqueles que são avaliados pelos restantes instrumentos supracitados. Por seu lado, no subgrupo com PTSD verifica-se uma correlação significativa, nomeadamente entre o PDEQ e o PCL-M ($r = .591$; $p = .001$), pelo que os instrumentos de avaliação em estudo não estão relacionados com a dissociação peritraumática.

Quadro 18: Correlações entre o PDEQ, o PCL-M, a escala de frequência de exposição a situações típicas e objectivas de combate/guerra, a escala do grau de perturbação associado à exposição ao combate/guerra, a DLWES e a PTS na amostra total e nos subgrupos com e sem PTSD

	Amostra total (n = 105)		Subgrupo Com PTSD (n = 26)		Subgrupo Sem PTSD (n = 79)	
	PDEQ		PDEQ		PDEQ	
	r	p	R	p	r	p
PCL-M	,690	,000	,591	,001	,573	,000
Frequência de exposição ao combate/guerra	,402	,000	,281	,164	,248	,028
Grau de perturbação associado ao combate/guerra	,582	,000	,281	,164	,444	,000
DLWES	,407	,000	,328	,101	,364	,001
PTS	,473	,000	,200	,327	,439	,000

7.4.4. Estudo da validade de critério do PDEQ

Através da análise do quadro 18, pode verificar-se que o subgrupo com PTSD apresenta uma pontuação no total da PTS ($M = 28,42$) mais elevada que o subgrupo sem PTSD ($M = 14,56$), sendo as diferenças entre os dois subgrupos significativas ($t = -7,790$; $p = .000$).

Quadro 19: Comparação de médias dos dois subgrupos na PTS

	Com PTSD (n = 26)		Sem PTSD (n = 79)		t	p
	M	DP	M	DP		
PDEQ	28,42	11,556	14,56	6,249	-7,790	,000

De modo a assegurar os resultados obtidos, uma vez que a nossa amostra não apresenta uma distribuição normal, procedemos à análise do teste U de *Mann-Whitney*, que confirma os resultados do teste t de *student* ($U = 256,000$; $p = .000$).

Em síntese, a versão portuguesa do PDEQ demonstrou uma excelente consistência interna ($\alpha = .957$). O estudo das correlações item-total evidenciou que os dez itens apresentam correlações superiores a .68.

No estudo da validade divergente o PDEQ revelou, tanto para a amostra total como para o subgrupo sem PTSD, correlações significativas entre os instrumentos de avaliação, enquanto que no subgrupo com PTSD verifica-se apenas uma correlação significativa entre o PDEQ e o PCL-M. Estes resultados podem indicar que, na amostra total e no subgrupo sem PTSD, os questionários medem constructos relacionados entre si. Já as correlações obtidas no subgrupo com PTSD parecem sugerir, com excepção do PCL-M, que os instrumentos de avaliação em estudo não estão relacionados com a dissociação peritraumática.

No que toca à validade de critério, o PDEQ permite distinguir o subgrupo com PTSD do subgrupo sem PTSD, possuindo, assim, uma boa capacidade discriminante.

Quanto à estabilidade temporal, verificámos correlações superiores a .30 nos 10 itens e um valor de correlação de .816 para o total do PDEQ.

7.5. Influência dos factores de vulnerabilidade peritraumáticos no desenvolvimento da PTSD

No presente estudo optámos pela utilização de um modelo de regressão linear múltipla, estatística multivariada que permite analisar a relação entre uma variável dependente e duas ou mais variáveis independentes (Pestana & Gageiro, 2005).

Esta análise, que tem em consideração os 105 combatentes, é realizada a partir dos totais⁴ de cada instrumento de avaliação e pretende estudar qual o contributo das variáveis

⁴ Os modelos de regressão linear múltipla implicam variáveis intervalo ou rácio (Pestana & Gageiro, 2008).

independentes, individualmente e no seu conjunto, de forma a melhor compreender a PTSD na população portuguesa de combatentes da GCP.

Para tal, calculou-se um modelo de regressão linear múltipla composto por seis entradas, que correspondem às variáveis independentes em estudo, consideradas na literatura como potencialmente preditivas da PTSD.

Para a ordem de entrada das variáveis, face a uma panóplia de opções existentes, optámos pelos pressupostos de Pestana e Gageiro (2005, 2008), que defendem que as variáveis devem entrar, por ordem decrescente, pelo valor de correlação mais elevado. Esta escolha deve-se à inexistência de estudos, pelo menos do nosso conhecimento, onde estejam contempladas todas as variáveis em análise e que sirvam de referência metodológica. Desta forma, tivemos em consideração a seguinte ordem de entrada: dissociação peritraumática, desconfortos diários durante a(s) comissão(ões), frequência de exposição a situações típicas e objectivas de combate/guerra, grau de perturbação associado à exposição ao combate/guerra, ameaça apercebida e tempo de exposição ao combate/guerra.

Segundo o quadro 20, referente ao sumário do modelo de regressão linear múltipla, três variáveis têm, isoladamente, um peso preditivo significativo para a PTSD ($p < 0,001$), a saber, a dissociação peritraumática, os desconfortos diários durante a(s) comissão(ões) e a frequência de exposição a situações típicas e objectivas de combate/guerra.

Desta forma, o primeiro modelo, respeitante à dissociação peritraumática explica 47,6% ($R^2 = 0,476$) da variância. O segundo modelo, relativo aos desconfortos diários durante a(s) comissão(ões), explica 12,3% ($R^2 = 0,123$) da variância. O terceiro modelo, que diz respeito à frequência de exposição a situações típicas e objectivas de combate/guerra, explica 2,9% ($R^2 = 0,029$) da variância.

Quadro 20: Sumário da regressão linear múltipla para a PTSD

Modelo	R ²	R ² ajust.	Estatística de mudança		
			R ²	F	p
1	,690	,476	,476	93,555	,000
2	,774	,599	,123	31,316	,000
3	,792	,628	,029	7,837	,006
4	,794	,630	,002	,639	,426
5	,794	,612	,000	,024	,878
6	,802	,643	,013	3,493	,065

O quarto modelo, concernente ao grau de perturbação associado à exposição ao

combate/guerra, explica 0,2% ($R^2 = 0,002$) da variância. O quinto modelo, respeitante à ameaça apercebida, não possui peso preditivo ($R^2 = 0,000$), enquanto o sexto modelo, relativo ao tempo de exposição ao combate/guerra, explica 1,3% ($R^2 = 0,013$) da variância. No seu conjunto, o modelo da regressão linear explica 64,3% ($R^2 = 0,643$) da variância total [$F(6,98) = 29,432$; $p < .001$].

Por seu turno, os coeficientes de regressão estandardizados, através dos valores de Beta, representam o valor preditivo das diversas variáveis consideradas no presente modelo. Como se pode observar no quadro 21, a dissociação peritraumática evidencia-se na primeira entrada como um factor preditivo para a sintomatologia associada à PTSD ($\beta = 0,690$; $p < 0,001$).

Quando adicionada a variável desconfortos diários durante a(s) comissão(ões), verifica-se que ambas assumem poder explicativo para a sintomatologia associada à PTSD, a saber, a dissociação peritraumática ($\beta = 0,534$; $p < 0,001$) e os desconfortos diários durante a(s) comissão(ões) ($\beta = 0,384$; $p < 0,001$).

Quadro 21: Coeficientes de regressão linear múltipla na variável PTSD

Modelo	B	Beta	T	ρ
1 Dissociação peritraumática	1,247	,690	9,672	,000
2 Dissociação peritraumática	,965	,534	7,777	,000
Desconfortos diários durante a(s) comissão(ões)	,451	,384	5,596	,000
3 Dissociação peritraumática	,884	,489	7,162	,000
Desconfortos diários durante a(s) comissão(ões)	,336	,286	3,810	,000
Frequência de exposição ao combate/guerra	,233	,210	2,799	,006
4 Dissociação peritraumática	,829	,459	5,857	,000
Desconfortos diários durante a(s) comissão(ões)	,339	,289	3,837	,000
Frequência de exposição ao combate/guerra	,151	,136	1,139	,257
Grau de perturbação associado à exposição ao combate/guerra	,100	,101	,799	,426
5 Dissociação peritraumática	,834	,462	5,706	,000
Desconfortos diários durante a(s) comissão(ões)	,345	,294	3,556	,001
Frequência de exposição ao combate/guerra	,150	,135	1,121	,265
Grau de perturbação associado à exposição ao combate/guerra	,102	,103	,807	,422
Ameaça apercebida	-,017	-,012	-,154	,878
6 Dissociação peritraumática	,826	,457	5,713	,000
Desconfortos diários durante a(s) comissão(ões)	,372	,317	3,837	,000
Frequência de exposição ao combate/guerra	,171	,154	1,291	,200
Grau de perturbação associado à exposição ao combate/guerra	,050	,051	,392	,696
Ameaça apercebida	,003	,002	,029	,977
Tempo de exposição ao combate/guerra	,242	,119	1,869	,065

Com a entrada da frequência de exposição a situações típicas e objectivas de combate/guerra na terceira posição, as variáveis dissociação peritraumática ($\beta = 0,489$; $p < 0,001$), desconfortos diários durante a(s) comissão(ões) ($\beta = 0,286$; $p < 0,001$) e frequência de

exposição a situações típicas e objectivas de combate/guerra ($\beta = 0,210$; $\rho < 0,001$) revelam ser preditivas para a PTSD.

Na quarta entrada, ao inserimos a variável relativa ao grau de perturbação associado à exposição ao combate/guerra, apenas duas variáveis ganham significância, designadamente a dissociação peritraumática ($\beta = 0,459$; $\rho < 0,001$) e os desconfortos diários durante a(s) comissão(ões) ($\beta = 0,289$; $\rho < 0,001$).

Com a entrada da ameaça apercebida na quinta posição, constatamos que as variáveis com valor preditivo para a sintomatologia associada à PTSD são a dissociação peritraumática ($\beta = 0,462$; $\rho < 0,001$) e os desconfortos diários durante a(s) comissão(ões) ($\beta = 0,294$; $\rho < 0,001$).

Quando introduzidas todas as variáveis em estudo, com a inserção da variável tempo de exposição a situações típicas de combate/guerra, observa-se que, no seu conjunto e pela mesma ordem anteriormente apresentada, o valor de Beta mais elevado é para a dissociação peritraumática ($\beta = 0,457$; $\rho < 0,001$), seguindo-se os desconfortos diários durante a(s) comissão(ões) ($\beta = 0,317$; $\rho < 0,001$), sugerindo que ambas são preditivas da sintomatologia associada à PTSD.

Quanto às variáveis que se seguem é possível determinar que estas não acrescentam contributo preditivo para a sintomatologia associada à PTSD, nomeadamente a frequência de exposição a situações típicas e objectivas de combate/guerra ($\beta = 0,154$; $\rho = 0,200$), o grau de perturbação associado à exposição ao combate/guerra ($\beta = 0,051$; $\rho = 0,696$), a ameaça apercebida ($\beta = 0,002$; $\rho = 0,977$) e, por fim, o tempo de exposição ao combate/guerra ($\beta = 0,119$; $\rho = 0,65$).

Desta forma, pode afirmar-se que, na sua globalidade, as variáveis que mais contribuem para o presente modelo de regressão relativo à sintomatologia associada à PTSD são, por ordem decrescente de coeficientes, a dissociação peritraumática ($\beta = 0,457$; $\rho = 0,000$) e os desconfortos diários durante a(s) comissão(ões) ($\beta = 0,317$; $\rho = 0,000$).

8. Discussão de resultados e principais conclusões

Ao optarmos por comentar os resultados obtidos no ponto anterior, a fim de facilitar a leitura e a compreensão dos mesmos, o presente ponto aborda os objectivos da investigação e

as principais limitações subjacentes à metodologia adoptada, sintetiza os resultados obtidos apresentando a sua compreensibilidade teórica e empírica, descreve as principais conclusões, bem como eventuais sugestões a ter em consideração em futuros estudos científicos.

8.1. Objectivos, aspectos metodológicos e respectivas limitações

O presente estudo, que versa sobre as experiências de combate numa amostra da população geral de combatentes da GCP, propôs-se a: 1) caracterizar os indivíduos relativamente às variáveis tempo de exposição ao combate/guerra, frequência de exposição a situações típicas e objectivas da exposição ao combate/guerra, grau de perturbação associado à referida exposição, ameaça apercebida, desconfortos diários durante a(s) comissão(ões) e dissociação peritraumática; 2) avaliar, com base em estudos internacionais prévios, a existência de uma relação positiva entre a sintomatologia associada à PTSD e os diversos aspectos de cariz objectivo e subjectivo supracitados; e 3) proceder a uma análise exploratória das propriedades psicométricas dos instrumentos de auto-resposta utilizados, uma vez que estes não foram estudados até à data devido à sua recente tradução e adaptação.

Com a finalidade de caracterizar a amostra de forma mais detalhada quanto às variáveis sóciodemográficas e para melhor compreender o contributo das variáveis peritraumáticas no desenvolvimento da sintomatologia associada à PTSD, optámos por dividir a referida amostra em dois subgrupos, com e sem PTSD, com base nos critérios de diagnóstico do PCL-M, identificando as diferenças estatisticamente significativas entre eles no que toca às variáveis supramencionadas.

No que concerne às limitações metodológicas do presente estudo podemos enumerar nove, que serão seguidamente apresentadas e comentadas.

Relativamente ao tamanho da amostra, esta é pouco representativa da população geral de combatentes da GCP, aspecto que pode ter invalidado e/ou enviesado a identificação e o peso preditivo dos factores de vulnerabilidade peritraumáticos, inerentes ao desenvolvimento da sintomatologia associada à PTSD, contemplados na presente investigação.

Uma segunda limitação prende-se com o facto de não termos tido em consideração aspectos relativos à história pessoal prévia dos indivíduos (e.g. história psiquiátrica familiar e/ou pessoal, abuso infantil, traumas e/ou adversidades anteriores à comissão) como critérios de exclusão, que pesam em vários estudos como fortes factores de vulnerabilidade para o desenvolvimento da PTSD (Brewin, *et al.*, 2000; Ozer, *et al.*, 2003; Keane, *et al.*, 2006).

Uma outra limitação diz respeito ao subgrupo com PTSD ser de reduzido tamanho ($n =$

26), contrapondo com um elevado número de indivíduos que constituem o subgrupo sem PTSD (n = 79).

Um quarto aspecto limitativo deveu-se à utilização dos pontos de corte do PCL-M, indicadores da presença de PTSD, através do somatório total dos itens (igual ou superior a 50 pontos) e do número de itens necessários em cada dimensão contemplada no DSM-IV-TR com respostas sintomáticas iguais ou superiores a 3 (“moderadamente”). Tais pontos de corte foram utilizados, por um lado, por serem os aconselhados para populações internacionais de veteranos de guerra, por outro, porque o tempo destinado à execução da presente investigação não permitiu a utilização de uma metodologia que identificasse pontos de corte para a amostra em estudo. Deste modo, estudos posteriores deverão utilizar resultados de entrevistas estruturadas de diagnóstico em grupos clínicos com PTSD devido ao combate/guerra, para a identificação dos citados pontos de corte do PCL-M, a fim de evitar casos de falsos positivos e de falsos negativos quanto ao diagnóstico em causa.

Uma quinta limitação prendeu-se com a impossibilidade de utilizar instrumentos que avaliam os mesmos constructos, com a finalidade de estudar a validade convergente: por um lado, porque conduziria a uma maior probabilidade de comprometimento dos resultados da presente investigação, resultante do aumento da extensão dos instrumentos usados, por outro, pelo nosso desconhecimento relativamente à existência de instrumentos portugueses de auto-resposta que avaliem os constructos em estudo.

Uma outra limitação assentou, possivelmente, no facto das variáveis em estudo terem sofrido enviesamentos de memória, pelo longo tempo decorrido entre a GCP e a avaliação retrospectiva das variáveis relacionadas com as experiências de combate/guerra.

O recurso a instrumentos de auto-resposta, não obstante a sua fácil administração, cotação e diagnóstico, representa uma limitação em consequência quer dos aspectos anteriormente citados, quer da ocorrência de dificuldades de ordem diversa (e.g. dificuldade de resposta aos itens por parte dos indivíduos com baixa escolaridade, confronto com conteúdos activadores de recordação de situações penosas, rigidez das respostas, etc.).

Uma oitava limitação diz respeito ao facto de não se terem realizado análises factoriais no PCL-M, na DLWES e na PTS devido ao limitado tempo para a execução desta investigação.

Finalizando, devíamos ter tido em conta, igualmente, outras variáveis peritraumáticas que considerámos poderem estar envolvidas no desenvolvimento da sintomatologia associada à PTSD, tais como os locais do teatro de guerra (colónias portuguesas), tempo de exposição a diferentes graus de perigosidade do ataque do inimigo durante a(s) comissão(ões), os anos em que decorreu(ram) a(s) comissão(ões), etc. Sobre o teatro de guerra, a literatura aponta para

uma provável maior incidência da sintomatologia associada à PTSD em indivíduos envolvidos em operações de combate na Guiné⁵. Verificámos, ainda, que a esmagadora maioria dos participantes que recebeu ajuda, por parte do investigador, no preenchimento da bateria de questionários expressou verbalmente um aumento da sintomatologia associada à PTSD quando era mobilizado para uma zona de perigosidade de 100%. Já os anos em que tiveram lugar as comissões podem, também, constituir um aspecto importante para estabelecer uma relação entre os períodos de guerra mais críticos (e.g. Operação Viriato em 1961 em Angola, Operação Águia em 1965 em Moçambique ou Operação Tridente em 1964 na Guiné) e um possível aumento da prevalência da PTSD.

Realça-se, uma vez mais, que a metodologia usada foi adoptada tendo presente o reduzido tempo para a realização da presente investigação, comprometendo (a) a inserção de novos participantes (e.g. para aumentar o tamanho da amostra e/ou a utilização de um grupo clínico com PTSD, diagnosticado através de uma entrevista clínica estruturada), (b) a utilização de outros instrumentos de medida com maior sensibilidade de diagnóstico (e.g. entrevistas clínicas estruturadas), pelo que a fidedignidade da presença de PTSD aqui exposta pode ter sofrido variabilidade, e (c) pela impossibilidade de realizar outros procedimentos estatísticos.

8.2. Características gerais da amostra

No que diz respeito às características da nossa amostra em função dos dois subgrupos que a compõe, as médias da idade é de 61,90 anos (com idades compreendidas entre os 55 e 74 anos), a da escolaridade é de 7,11 anos (entre os 2 e os 17 anos) e a do tempo de comissão é de 24,76 meses (distado entre os 6 e os 86 meses). Por seu turno, a maioria dos indivíduos é casado (92,4%), civil (94,3%), reformado (58,7%) e nunca recorreu ao apoio psicológico e/ou psiquiátrico (71,4%).

No que concerne às variáveis sócio-demográficas, os subgrupos não diferiram entre si nas

⁵ A literatura sobre a GCP dá-nos indicação que o meio físico da Guiné exerceu uma forte influência nas operações de combate, sendo exemplos: 1) os rios sinuosos com margens de densa vegetação, que exigiam às Forças Armadas Portuguesas cuidados de segurança redobrados para evitarem ataques por parte do inimigo; 2) operações de curta duração (máximo 2 dias) em consequência de desgastes e pelo aparecimento de doenças (e.g. paludismo, hepatites, etc., agravadas por carências alimentares); e 3) uma dureza climática tal, que impunha que o tempo de comissão fosse inferior comparativamente a outros teatros de guerra (i.e. Guiné: 21 meses; Angola e Moçambique: 24 meses). Por outro lado, a realidade política exerceu, igualmente, uma poderosa influência para tornar a Guiné num local hostil, uma vez que a missão das Forças Armadas Portuguesas na Guiné “obedeceu [não só] à compartimentação do terreno, mas teve [também] em consideração as importantes clivagens étnicas e religiosas dos grupos humanos [desta colónia] e os apoios que os países vizinhos deram à luta militar” (Afonso & Gomes, 2000, p. 98), sendo uma guerra essencialmente defensiva, com base numa acção militar menos virada para a conquista das populações (Afonso & Gomes, 2000).

variáveis idade, escolaridade, estado civil, situação profissional, categorias profissionais dos civis, ramo e posto das forças armadas, situação actual dos militares e tempo total de comissão, sendo uma amostra homogénea quanto às variáveis supracitadas. Não obstante, nas variáveis apoio psicológico e/ou psiquiátrico e categoria profissional dos civis, verificam-se diferenças entre os subgrupos, revelando a sua heterogeneidade em ambas as variáveis.

Em síntese, podemos ressaltar que o total da nossa amostra apresenta homogeneidade para a generalidade das variáveis sócio-demográficas em estudo.

8.3. Valores nos instrumentos de auto-resposta utilizados

Dada a importância estabelecida entre avaliação e intervenção, torna-se essencial a compreensão desta perturbação na população portuguesa de combatentes da GCP, através de instrumentos de avaliação que atendam à especificidade multidimensional da sintomatologia associada à PTSD, pelo que a escolha dos instrumentos de avaliação em estudo assenta no facto de possuírem boas qualidades psicométricas em estudos prévios.

Assim, utilizámos o PCL-M para medir a severidade dos sintomas associados à PTSD, o PDEQ para avaliar as experiências dissociativas peritraumáticas, a DLWES para avaliar os desconfortos diários vividos em teatro de guerra, a PTS para medir a ameaça apercibida de segurança e bem-estar pessoal em teatro de guerra e o QEC para avaliar a severidade da exposição, o grau de perturbação emocional de cada situação de combate/guerra na altura da GCP e o grau de perturbação provocado pelas situações revividas no último mês.

8.3.1. Propriedades psicométricas da versão portuguesa do PCL-M

Na versão portuguesa do PCL-M verificámos um *alpha* de Cronbach de .96. Os nossos resultados são consistentes com os valores obtidos no estudo de Weathers e colaboradores (1993), realizado em veteranos da guerra do Vietname e do Golfo, que apresentam uma consistência interna de .97 (estudo 1) e de .96 (estudo 2), bem como no estudo de Keen e colaboradores (2008), efectuado em veteranos de guerra não especificados, que reportam um *alpha* de Cronbach de .96.

Por seu lado, e porque o PCL (versões civil e militar) advém dos critérios de diagnóstico da PTSD do DSM-IV-TR (2002), estabelecemos um paralelo com os resultados observados em estudos de outra natureza (e.g. acidentes de trabalho, acidentes de viação, assédio sexual, violência doméstica, doentes oncológicos, etc.). Assim sendo, verificámos em dois estudos

(violência doméstica e cuidados primários nos veteranos do sexo feminino) um coeficiente de *alpha* de Cronbach igual nosso (Krause, Kaltman, Goodman, & Dutton, 2007; Lang, *et al.*, 2003) e treze estudos (acidentes de viação, vítimas de assédio sexual, estudantes universitárias, vítimas de cancro da mama, doentes transplantados de medula óssea) com uma consistência interna inferior a .96, com valores compreendidos entre os .73 e os .95 (Blanchard, *et al.*, 2005; Palmieri & Fitzgerald, 2005; Ruggiero, *et al.*, 2003; Shelby, *et al.*, 2005; Smith, *et al.*, 1999; Wu, Chan & Yiu, 2008). Perante tais resultados, superiores a .70, podemos concluir que o PCL é um excelente instrumento para avaliar a possível presença de PTSD.

Relativamente ao estudo dos itens, tivemos em consideração correlações superiores a .30, sendo que as dezassete questões deste instrumento apresentam valores superiores a .58, pelo que constituem bons itens (Field, 2005).

Quanto à fidedignidade temporal, por um intervalo de 3 semanas, verifica-se que o PCL-M possui uma boa estabilidade temporal, sendo o seu valor de $r = .875$, traduzindo-se num bom instrumento de avaliação. Relevamos que este resultado é inferior ao de Weathers e colaboradores (1993) numa amostra de veteranos da guerra do Vietname ($r = .96$).

No estudo da validade divergente, o PCL-M demonstrou quer na amostra total quer no subgrupo sem PTSD, correlações significativas com todos os instrumentos de medida usados (i.e. DLWES, PTS, frequência de exposição a situações típicas e objectivas de combate/guerra, grau de perturbação associado à exposição ao combate/guerra e PDEQ), sugerindo que os instrumentos não se diferenciam claramente entre si. No subgrupo com PTSD, ao verificarmos apenas uma correlação significativa entre o PCL-M e o PDEQ, podemos concluir que os restantes instrumentos avaliam diferentes constructos e que, como sugerido na literatura e em estudos empíricos, existe uma relação entre a presença de experiências dissociativas peritraumáticas e o subsequente desenvolvimento da PTSD.

Na validade de critério, apurámos que todos os instrumentos de avaliação permitem distinguir os dois grupos, confirmando a sua capacidade discriminante, resultados estes consistentes com os anteriormente obtidos no estudo da validade divergente em função do diagnóstico.

8.3.2. Propriedades psicométricas da versão portuguesa da DLWES

Na versão portuguesa da DLWES, constatamos uma consistência interna de .878, valor semelhante ao encontrado nos estudos de King e colaboradores (2003), que referem numa

amostra de veteranos da guerra do Golfo um *alpha* de Cronbach de .89, e de Fikretoglu e colaboradores (2006), que reportam valores de .87 (estudo 1) e de .88 (estudo 2), numa amostra composta por veteranos da II Guerra Mundial e da guerra da Coreia, bem como por militares que participaram nas Nações Unidas e em operações de manutenção da paz da NATO.

No que concerne ao estudo dos itens, verificámos correlações inferiores a .30 em dois itens da DLWES, nomeadamente nos itens “20. *Tinha dificuldade em lidar com a pressão a que era sujeito para aliciar as populações locais a não prestarem apoio logístico ao inimigo (“psico”)*” e “21. *Sentia-me desconfortável viver com as populações locais divididas entre as partes em confronto militar.*”. Os valores de correlação obtidos permitirão, provavelmente, a eliminação destes itens (Field, 2005), para que a versão portuguesa da DLWES apresente a mesma estrutura (i.e. o mesmo número de itens) que a versão original. Em particular, a baixa correlação verificada no item 20 deve-se, muito provavelmente, ao facto de que nem todos os indivíduos desempenharam essa função.

Relativamente à fidedignidade temporal (após três semanas), constatámos que a DLWES possui uma boa estabilidade temporal, sendo o valor de $r = .873$, traduzindo-se num bom instrumento de avaliação, muito embora inferior ao encontrado no estudo de Fikretoglu e colaboradores (2006), que apresentam um valor de $r = .91$.

No estudo da validade divergente, a DLWES revelou, na amostra total e no subgrupo sem PTSD, correlações significativas entre os instrumentos de avaliação, demonstrando que, por si só, os instrumentos não se diferenciam claramente entre si quanto aos constructos que se propõem medir. Por sua vez, os resultados obtidos no subgrupo com PTSD indicam, muito provavelmente, que os constructos medidos pelos restantes instrumentos se diferenciam do constructo avaliado pela DLWES.

Por fim, no que toca à validade de critério, constatámos que todos os instrumentos de avaliação permitem distinguir os dois grupos, corroborando a sua capacidade discriminante.

8.3.3. Propriedades psicométricas da versão portuguesa da PTS

Na versão portuguesa da PTS, encontramos um *alpha* de Cronbach de .869, valor idêntico ao encontrado nos estudos de King e colaboradores (2003), que reportam numa amostra de veteranos da guerra do Golfo uma consistência interna de .89, de Fikretoglu e colaboradores (2006), que exibem *alpha* de Cronbach de .91 numa amostra que compreende veteranos desde a II Guerra Mundial até às operações da NATO e de Vogt e colaboradores (2008) que

apresentam uma coeficiente de .84 numa amostra de veteranos de operações no Iraque.

No que concerne ao estudo dos itens, constatámos correlações inferiores a .30 num item da PTS, nomeadamente no item “10. *Preocupava-me que os comprimidos que tomava para me proteger me fizessem adoecer.*”, pelo que pode traduzir-se num mau item (Field, 2005), embora possa ser mantido na versão final do presente instrumento, por ser uma preocupação frequentemente revelada pelos combatentes que procuram apoio clínico e que possuem diagnóstico de PTSD.

No estudo da validade divergente-discriminante, verificam-se, na amostra total e no subgrupo sem PTSD, correlações significativas entre a PTS e os restantes instrumentos de avaliação (i.e. PCL-M, DLWES, frequência de exposição a situações típicas e objectivas de combate/guerra, grau de perturbação associado à exposição ao combate/guerra e PDEQ), traduzindo-se numa diferenciação não evidente entre eles, face à impossibilidade de serem comparadas com as correlações obtidas em possíveis estudos da validade convergente do instrumento em causa. Porém, no subgrupo com PTSD as correlações não são significativas entre os instrumentos, remetendo para uma distinção dos constructos em estudo, bem como para uma clara capacidade discriminante da PTS no que concerne ao diagnóstico, como comprovado no estudo da validade de critério, seguidamente descrito.

Quanto à fidedignidade temporal, por um intervalo de três semanas, verifica-se que a PTS possui uma boa estabilidade temporal, com um valor de correlação de .792, sendo considerado um bom instrumento de avaliação. Não obstante, o valor encontrado neste estudo é, mais uma vez, inferior ao verificado por Fikretoglu e colaboradores (2006), que relatam um $r = .89$.

Na validade de critério, verificámos que todos os instrumentos de avaliação permitem distinguir os dois grupos, comprovando a sua capacidade discriminante.

8.3.4. Propriedades psicométricas da versão portuguesa do PDEQ

Na versão portuguesa do PDEQ verificámos uma consistência interna de .957, coeficiente de *alpha* de Cronbach superior ao encontrado nos estudos de Marshall e colaboradores (2002) cuja amostra é constituída por vítimas de violência comunitária (*alpha* = .75), de Birmes e colaboradores (2005) numa amostra composta por vítimas de assalto violento e por vítimas internadas devido a trauma (*alpha* de .79 no grupo 1 e de .78 no grupo 2), de Geyran e colaboradores (2005) numa amostra de indivíduos com e sem PTSD (*alpha* = .853), de Punamäki, Komproe, Qouta, Elmasri e Jong (2005) numa amostra de mulheres palestinianas

($\alpha = .94$), de Olde e colaboradores (2005), amostra constituída por mulheres em período de pós-parto ($\alpha = .85$), de Van der Velden e colaboradores (2006) numa amostra ($\alpha = .90$).

No que toca aos estudos portugueses que procederam à análise da consistência interna, a partir da tradução e adaptação de Maia e colaboradores (2001), encontrámos coeficientes de α de Cronbach inferiores ao nosso, nomeadamente nos estudos de Horta-Moreira (2004 cit in Pires, 2005), que apresentam um $\alpha = .761$ numa amostra de profissionais do Instituto Nacional de Emergência Médica, bem como no de Maia, Horta-Moreira e Fernandes (2009), que exibem um $\alpha = .87$ numa amostra de bombeiros. Realce-se, contudo, que a versão por nós utilizada e a de Maia e colaboradores (2001) apresentam algumas divergências quanto à tradução e adaptação.

No que diz respeito ao estudo dos itens, todos itens do PDEQ apresentam correlações superiores a .58, pelo que são considerados, igualmente, bons itens (Field, 2005).

Quanto à fidedignidade temporal, distado por três semanas, deparamo-nos com uma boa estabilidade temporal, sendo o valor de correlação de .816.

Por sua vez, a análise dos componentes principais da versão portuguesa do PDEQ na nossa amostra ($n = 105$) apresenta a solução inicial de um factor com *eigenvalues* superior a 1 que explica 70,193% da variância total. De acordo com estes resultados, encontramos igual extracção no estudo de Van der Velden e colaboradores (2006), embora não haja referência ao valor obtido para a variância total para que possamos compará-lo com o nosso. Marshall e colaboradores (2002), Birmes e colaboradores (2005), Brooks e colaboradores (2009), Henn-Haase e colaboradores (2008), Marmar e colaboradores (1996) encontraram nas suas análises factoriais 2 factores (i.e. Perda da consciência e Desrealização/Despersonalização), apesar de defenderem que ambos estão correlacionados entre si, sugerindo a unidimensionalidade deste instrumento. Por seu lado, a análise factorial efectuada numa amostra de bombeiros portugueses, extraiu uma solução de dois factores, também eles correlacionados entre si, pelo que Maia e colaboradores (2009) advogam, também, a unidimensionalidade do PDEQ. Ao compararmos os nossos resultados com os de Maia e colaboradores (2009), verificámos que os nossos são significativamente melhores por apresentarem a extracção de um único factor, extracção esta defendida pelos autores originais, pelo que a opção pela aplicação da versão de Carvalho e colaboradores (2008e) parece-nos ter sido a melhor.

No estudo da validade divergente, o PDEQ, na amostra total e no subgrupo com PTSD, revelou correlações significativas entre os instrumentos de avaliação utilizados (i.e. PCL-M, DLWES, PTS, frequência de exposição a situações típicas e objectivas de combate/guerra e

grau de perturbação associado à exposição ao combate/guerra), enquanto que no subgrupo com PTSD apenas se verifica uma correlação significativa entre este e o PCL-M. Todas as correlações significativas são indicadoras de que os constructos medidos pelos instrumentos não divergem entre si. Em suma, estes resultados podem indicar que, face à ausência de PTSD, não existe divergência nos questionários relativamente aos constructos subjacentes. Ressalva-se que, semelhante a este resultado, Maia e colaboradores (2009) apontam, igualmente, uma correlação existente entre a PTSD e a dissociação peritraumática ($r = 0,447$; $p = 0,000$).

Relativamente à validade de critério, averiguámos que todos os instrumentos de avaliação permitem distinguir os dois grupos, testemunhando a sua capacidade discriminante.

Na sua globalidade, a análise dos resultados obtidos no PDEQ permite-nos concluir que o instrumento traduzido e adaptado por Carvalho e colaboradores (2008e) é mais fiel ao original quando comparado com a tradução de Maia e colaboradores (2001), em parte, certamente, devido a uma melhor adequação linguística, resultando num valor de *alpha* de Cronbach superior ao encontrado em estudos prévios portugueses (Horta-Moreira, 2004 *cit in* Pires, 2005; Maia *et al.*, 2009), por um lado porque foi extraído no presente estudo um único factor que explicam cerca de 70% da variância total, contrariamente aos dois factores encontrados no estudo de Maia e colaboradores (2009), por outro porque são mantidos na versão de Carvalho e colaboradores (2008e) todos os itens do instrumento, contrariando os resultados obtidos por Maia e colaboradores (2009) e por Horta-Moreira (2004, *cit in* Pires, 2005), onde dois itens não apresentam um valor da média de 1,5 pontos para cada item.

Em suma, os instrumentos de avaliação apresentam boas propriedades psicométricas, nomeadamente valores para a consistência interna (*alpha* de Cronbach) superiores a .86, para a fidedignidade temporal (teste-reteste) com valores superiores a .79, para a generalidade dos itens com resultados superiores a .30, para os estudos de validade divergente-discriminante (no subgrupo com PTSD) e de critério, igualmente significativos, bem como para a análise factorial realizada para o PDEQ, onde extraímos um único factor com uma variância total superior a 70%.

8.4. Influência dos factores peritraumáticos e sua relação com a sintomatologia associada à PTSD

Analísamos, ainda, uma panóplia de variáveis descritas na literatura como fundamentais no desenvolvimento desta perturbação. Deste modo, estudámos, inicial e individualmente, o

efeito de cada uma das variáveis sobre a PTSD, para depois estudarmos a relação entre as variáveis no seu conjunto, avaliadas através dos instrumentos de auto-resposta PCL-M, escala de frequência à exposição ao combate/guerra, grau de perturbação associado à referida exposição, DLWES, PTS e PDEQ.

Para esse efeito, calculou-se um modelo de regressão linear múltipla, composta por seis variáveis peritraumáticas, consideradas relevantes para a predição da PTSD. Os resultados mostraram que, no seu conjunto, o modelo da regressão linear explica 64,3% da variância total, enquanto que as variáveis individuais que mais contribuem são a dissociação peritraumática e os desconfortos diários durante a(s) comissão(ões). Estes resultados estão de acordo com estudos prévios, que apontam a dissociação peritraumática (Birmes, *et al.*, 2005; Bryant, 2007; Breh & Seidler, 2007; DePrince & Freyd, 2007; Lensvelt-Mulders, *et al.*, 2008; Marmar, *et al.*, 1994; Marshall & Schell, 2002; Ozer, *et al.*, 2003; Schnurr, *et al.*, 2004; Punamäki, 2005; Van der Velden, *et al.*, 2006) e os desconfortos diários durante a(s) comissão(ões) (King *et al.*, 1995, King *et al.*, 1999, King *et al.*, 2006, King *et al.*, 2008; Schnurr *et al.*, 2004) como importantes factores de vulnerabilidade peritraumáticos.

Por sua vez, comparando os nossos resultados com o de outros autores, verificámos algumas divergências nas variáveis ameaça a percebida (King, *et al.*, 1995; King *et al.*, 1999; King, *et al.*, 2003; King, *et al.*, 2006; King *et al.*, 2008; Ozer *et al.*, 2003; Vogt, Tanner, 2007; Schnurr, *et al.*, 2004; Vogt & Tanner, 2007, Vogt, *et al.*, 2008), tempo de exposição ao combate/guerra (APA, 2002; Ehlers & Clark, 2000) e severidade do acontecimento traumático (Brewin, *et al.*, 2000; Friedman, *et al.*, 2007; Green, *et al.*, 1990; Koenen, *et al.*, 2003; Schnurr, *et al.*, 2004; Koenen, *et al.*, 2007; Norris *et al.*, 2002; Ozer *et al.*, 2003; Vogt, *et al.*, 2007), variáveis estas consideradas na literatura e em estudos empíricos como relevantes no desenvolvimento da PTSD. Colocámos a hipótese de os resultados obtidos por nós obtidos nas variáveis grau de perturbação associado à exposição ao combate/ guerra e ameaça a percebida, se devam ao facto de os combatentes da GCP terem sido sujeitos a treinos muito específicos (postulados nos manuais intitulados de “*O Exército na guerra subversiva*”⁶), bem como a treinos de combate muito especializados. Sobre o primeiro aspecto acrescentamos que os combatentes eram orientados para a conquista das populações

⁶ Neste manual podem encontrar-se três missões: 1) combater bandos armados, guerrilhas e forças pseudo-regulares, através de operações militares ofensivas e defensivas”; 2) exercer acção psicológica na população local de modo a torná-la mais receptiva a uma acção social, conquistando e preservando o seu apoio; 3) dar apoio às autoridades civis, actuando em cooperação para a manutenção do controlo da população (Afonso & Gomes, 2000).

(Afonso & Gomes, 2000), bem diferente da realidade da guerra do Vietname, teatro de guerra onde prevaleciam dificuldades linguísticas, culturais e sociopolíticas. Relativamente ao segundo ponto referimos que a manifesta superioridade, por parte da tropa portuguesa a nível do armamento utilizado para enfrentar o inimigo, superioridade esta que pode ter contribuído para a adopção, por parte dos nossos combatentes, de estratégias de *coping* adaptativas perante a adversidade típica da exposição ao combate/guerra (e.g. a resposta subjectiva de medo, sentimento de desprotecção e horror, etc.). Por fim, julgámos que o tempo de exposição ao combate não teve qualquer impacto, talvez porque a amostra é muito homogénea quanto ao tempo total de comissão ($M = 24,76$ meses), sendo necessário uma maior disparidade para que se possa analisar com mais consistência e rigor o estudo do peso preditivo desta variável. Saliente-se, contudo, que a maioria dos veteranos da GCP apenas cumpriu uma comissão (cerca de 24 meses), estando o cumprimento de várias comissões destinado aos militares de carreira, cujo número era obviamente menor.

8.5. Principais conclusões e sugestões para estudos futuros

Realce-se que no que concerne, particularmente, ao estudo da validade divergente dos instrumentos, assim que se encontrem disponíveis outros questionários de auto-resposta que avaliem os mesmos constructos validados para a população em estudo, futuros estudos deverão proceder a estudos de validade convergente e comparar a grandeza das correlações obtidas com as da validade divergente, no sentido de minimizar as limitações da presente investigação neste âmbito.

Face à escassez de estudos na população portuguesa sobre a sintomatologia associada à PTSD e respectivos factores de vulnerabilidade peritraumáticos, o presente estudo pretendeu dar um pequeno contributo a este nível, ao estudar estas variáveis numa amostra de combatentes da GCP.

Os resultados obtidos permitem concluir que a) os estudos exploratórios dos instrumentos utilizados são indicadores de que estes, na sua globalidade, possuem boas características psicométricas, b) existe consenso nas conclusões gerais entre o presente estudo e outros que o precederam no que toca às propriedades psicométricas dos instrumentos, bem como no que às variáveis preditivas da sintomatologia associada à PTSD diz respeito, apesar de encontrarmos algumas diferenças nos resultados encontrados.

Assim, com o objectivo de estudar outras características psicométricas dos instrumentos (e.g. análise confirmatória dos componentes principais), confirmar as obtidas na presente

investigação e confirmar ou infirmar os resultados obtidos quanto ao valor preditivo das variáveis peritraumáticas na sintomatologia associada à PTSD, revela-se fundamental a realização de futuros estudos que utilizem amostras representativas da população de combatentes da GCP e que envolvam grupos clínicos com o diagnóstico de PTSD, bem como grupos com outros quadros psicopatológicos, diagnósticos estes que deverão ser confirmados por uma entrevista clínica estruturada.

BIBLIOGRAFIA

- Afonso, A., & Gomes, C. M. (2008). *A Guerra Colonial*. Lisboa: Notícias Editorial.
- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P. M., & Alves, C. (2003). Perturbação pós-traumática do stress (PTSD): avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 309-320.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3rd Ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1986). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (3^a Ed.). Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, Lta.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3rd Ed. Revised). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4^a Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4^a Ed. Texto Revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Anunciação, C. (2004). A perturbação pós-stress traumático em militares e civis nas zonas de conflitos. *Revista Portuguesa de Saúde Militar*. 5(1), pp. 3-8.
- Birmes, P., Brunet, A., Benoit, M., Defer, S., Hatton, L., Sztulman, H., & Schmitt, L. (2005). Validation of the peritraumatic dissociative experiences questionnaire self-report version in two samples of French-speaking individuals exposed to trauma. *European Psychiatry*, 20, 145-151.
- Blanchard, E. B., Jones-Alexander, J., Buckley, T. C., & Forneris, C. A. (1996).

- Psychometric properties of the PTSD checklist (PCL). *Behaviour Research and Therapy*, 34(8), 669-673.
- Breh, D. C., & Seidler, G. H. (2007). Is peritraumatic dissociation a risk factor for PTSD? *Journal of Trauma and Dissociation*, 8(1), 53-69.
- Bremner, J. D., Brett, E. (1997). Trauma-related dissociative states and long-term psychopathology in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 1, 37-49.
- Breslau, N., Chilcoat, H. D., Kessler, R. C., Peterson, E. L., & Lucia, V. C. (1999). Vulnerability to assaultive violence: further specification of the sex difference in post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 29, 813-21.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical*, 68(5), 748-766.
- Brooks, R., Bryant, R. A., Silove, D., Creamer, M., O'Donnell, M., McFarlane, A. C., & Marmar, C. R. (2009). The latent structure of the peritraumatic dissociative experiences questionnaire. *Journal of Traumatic Stress*, 22(2), 153-7.
- Bryant, R. A. (2007). Does dissociation further our understanding of PTSD? *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 183-191.
- Cahill, S. P., & Foa, E. B. (2007). Psychological theories of PTSD. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and Practice* (pp. 55-76). New York: The Guildford Press.
- Carmo, H., Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da investigação: guia para a auto-aprendizagem*. Universidade Aberta.
- Carvalho, T., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2008a). *Posttraumatic stress disorder checklist para militares* (versão portuguesa autorizada). Não publicado.
- Carvalho, T., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2008b). *Questionário de Experiências de Combate*. Não publicado.
- Carvalho, T., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2008c). *Difficult livings and working environment scale* (versão portuguesa autorizada). Não publicado.
- Carvalho, T., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2008d). *Perceived threat scale* (versão portuguesa autorizada). Não publicado.
- Carvalho, T., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2008e). *Peritraumatic dissociative experiences questionnaire* (versão portuguesa autorizada). Não publicado.
- Creamer, M. (2000). Posttraumatic stress disorder following violence and aggression. *Aggression and Violent Behavior*, 5(5), 431-449.

- DePrince, A. P., & Freyd, J. J. (2007). Trauma-induced dissociation. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and Practice* (pp. 135-150). New York: The Guildford Press.
- Dicionário da Língua Portuguesa*. (1998). (8.^a Ed.). Porto: Porto Editora.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. (3rd Ed.). London: Sage Publications, Ltd.
- Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2004). Introduction. In E. B. Foa, T. M. Keane & M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD* (pp. 1-17). New York: The Guildford Press.
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Keane, T. M. (2007). Twenty-five years of progress and challenges. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and Practice* (pp. 3-18). New York: The Guildford Press.
- Friedman, M. J., Schnurr, P. P., & McDonagh-Coyle, A. (1994). Post-traumatic stress disorder in the military veteran. *Psychiatric Clinics of North America*, 17(2), 265-277.
- Fikretoglu, D., Brunet, A., Poundja, J., Guay, S., & Pedlar, D. (2005). Validation of the Deployment risk and resilience inventory in French-Canadian veterans: findings on the relation between deployment experiences and postdeployment health. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(12), 755-763.
- Geyran, P., Kocabasoglu, N., Özdemir, A. C. Yargıç, I. (2005). Peritratmatik dissosiyasyon ölçeği (PDEQ) türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Yeni Symposium*, 43(2), 79-84.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (2005). *O inquérito: teoria e prática*. Oeiras, Portugal: Celta Editora.
- Green, B. L., Grace, M. C., Lindy, J. D., & Gleser, G. C. (1990). War stressor and symptom persistence in posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 31-39.
- Henn-Haase, C., Metzler, T. J., Best, S., Neylan, T. C., & Marmar, C. R. (2008, Novembro). *A factor analysis of the PDEQ from a sample of police officers following the WTC attack*. Annual Meeting of International Society for Traumatic Stress Studies. Chicago, Illinois, USA.
- Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I., & Koffman, R. L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *The New England Journal of Medicine*, 351(1), 13-22.
- Hollander, E., & Simeon, D. (2003). Course and prognosis. In E. Hollander, & D. Simeon (Eds.), *Concise guide to anxiety disorders* (pp. 63-75). Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.

- Instituto do Emprego e Formação Profissional. (1994). *Classificação nacional de profissões*, acessado em Março, 2009 em <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx>.
- Keane, T. M., Marshall, A. D., & Taft, C. T. (2006). Posttraumatic stress disorder: etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 161-197.
- Keane, T. M., Weathers, F. W., & Foa, E. B. (2004). Diagnosis and assessment. In E. Foa, T. Keane & M. Friedman, *Effective treatments for PTSD* (pp. 18-36). New York: The Guildford Press.
- Keen, S. M., Kutter, C. J., Niles, B. L., & Krinsley, K. E. (2008). Psychometric properties of PTSD Checklist in sample of male veterans. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 45(3), 465-474.
- King, D. W., King, L. A., Foy, D. W., Keane, T. M., & Fairbank, J. A. (1999). Posttraumatic stress disorder in a national samples of female and male Vietnam veterans: risk factors, war-zone stressors, and resilience-recovery variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(1), 164-170.
- King, D. W., King, L. A., Gudanowski, D. M., & Vreven, D. L. (1995). Alternative representations of war zone stressors: relationships to posttraumatic stress disorder in male and female Vietnam veterans. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 184-195.
- King, D. W., King, L. A., & Vogt, D. S. (2003). *Manual for the deployment risk and resilience inventory (DRRI): a collection of measures for studying deployment-related experiences of military veterans*. Boston, MA: National Center for PTSD.
- King, L. A., King, D. W., Bolton, E., Knight, J., & Vogt, D. (2008). Risk factors for mental, physical, and functional health in gulf war veterans. *Journal of rehabilitation research & Development*, 45(3), 395-407.
- King, L. A., King, D. W., Vogt, D. S., Knight, J., & Samper, R. E. (2006). Deployment risk and resilience inventory: a collection of measures for studying deployment-related experiences of military personnel and veterans. *Military Psychology*, 18(2), 89-120.
- Koenen, K. C., Stellman, J. M. , Stellman, S. D., & Sommer Jr., J. F. (2003). Risk factors for course of posttraumatic stress disorder among Vietnam veterans: a 14-year follow-up of American legionnaires. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 980-986.
- Koenen, K. C., Stellman, S. D., Dohrenwend, B. P., Sommer Jr., J. F., Stellman, J. M. (2007). The consistency of combat exposure reporting and course of PTSD in vietnam war veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 20(1), 3-13.
- Kotler, M., Cohen, H., Aizenberg, D., Matar, M., Loewenthal, U., Kaplan, Z., Miodownik,

- H., & Zemishlany, Z. (2000). Sexual dysfunction in male posttraumatic stress disorder patients. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 69(6), 309-315.
- Krause, E. D., Kaltman, S., Goodman, L. A., & Dutton, M. A. (2007). Longitudinal factor structure of posttraumatic stress symptoms related to intimate partner violence. *Psychological Assessment*, 19(2), 165–175.
- Lang, A. J., Laffaye, C., Satz, L. E., Dresselhaus, T. R., & Stein, M. B. (2003). Sensitivity and specificity of the PTSD checklist in detecting PTSD in female veterans in primary care. *Journal of Traumatic Stress*, 16(3), 257–264.
- Lensvelt-Mulders, G., Van der Hart, O., Van Ochten, J. M., Van Son, M. J. M., Steele, K., & Breeman, L. (2008). Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1138-1151.
- Litz, B. T. (2007). Research on the impact of military trauma: current status and future directions. *Military Psychology*, 19(3), 217-238.
- Maia, A. C., Horta Moreira, S., & Fernandes, E. (2009). *Adaptação para a língua portuguesa do questionário de experiências dissociativas peritraumáticas (DEDP) numa amostra de bombeiros. Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(1), 1-9.
- Maia, Â. C., McIntyre, T., & Pereira, G., & Fernandes, E. (2001). Por baixo das pústulas da guerra: reflexão sobre um estudo com ex-combatentes da guerra colonial. In Â. Maia, T. McIntyre, G. Pereira, & E. Fernandes (Eds.), *Factores predictores de PTSD, problemas de saúde física psicológica, ajustamento familiar, laboral e social em ex-combatentes da guerra colonial* (pp. 11-28). Projecto POCTI/39515/ESP/2001, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Metzler, T. (1997). The peritraumatic dissociative experiences questionnaires. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (p. 412-428). New York: The Guildford Press
- Marmar C, Weiss D, Metzler T, Delucchi K. (1996a). Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *American Journal of Psychiatry*, 153, 94-102.
- Marmar, C., Weiss, D., Metzler, T., Ronfeldt, H., & Foreman, C. (1996b). Stress responses of emergency personnel to the Loma Prieta earthquake Interstate 880 freeway collapse and control traumatic incidents. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 63-85.
- Marmar C. R., Weiss D. S., Schlenger W. E., Fairbank, J. A., Jordan, K., Kulka, R. A., & Hough, R. L. (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *The American Journal of Psychiatry*, 151(6), 902–907.

- Maroco, J., & Bispo, R. (2005). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Marshall, G. N., Orlando, M., Jaycox, L. H., Foy, D. W., & Belzberg, H. (2002). Development and validation of a modified version of the peritraumatic dissociative experiences questionnaire. *Psychological Assessment*, 14(2), 123-134.
- Marshall, G. N., & Schell, T. L. (2002). Reappraising the link between peritraumatic dissociation and PTSD symptom severity: evidence from a longitudinal study of a community violence survivors. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(4), 626-636.
- McFarlane, A. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: a model of the longitudinal course and the role of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(5), 15-20.
- Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 409-418.
- Norris, F. H., Murphy, A. D., Baker, C. K., Perilla, J. L., Rodriguez, F. G., & Rodriguez, J. (2003). Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in México. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(4), 646-656.
- Norris, F. H., & Slone, L. B. (2007). The epidemiology of trauma and PTSD. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and Practice* (pp. 78-98). New York: The Guildford Press.
- Olde, E., Van der Hart, O., Kleber, R. J., Van Son, M. J. M., Wijnen, H. A. A., & Pop, V. J. M. (2005). Peritraumatic dissociation and emotions as predictors of PTSD symptoms following childbirth. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(3), 125-142.
- Osgood, C. E., Suci, G. J., & Tannenbaum, P. (1957). *The measurement of meaning*. Urbana, Illinois: University of Illinois.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
- Palmieri, P. A., & Fitzgerald, L. F. (2005). Confirmatory factor analysis of posttraumatic stress symptoms in sexually harassed women. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6), 657-666.
- Pais Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pais Ribeiro, J. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde: instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto Editores.
- Pereira, A. (2004). *SPSS – Guia prático de utilização: análise de dados para ciências sociais*

e psicologia. Lisboa: Edições Sílabo.

- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (4ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (5ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd Ed.). California: Sage Publications, Inc.
- Pires, T. (2005). Perturbação de stress pós-traumático em vítimas de acidentes rodoviários. Dissertação de mestrado não publicada. Braga: Universidade do Minho.
- Punamäki, R., Komproe, I.H., Qouta, S., Elmasri, M. & de Jong, J. T. V .M. (2005). The role of peritraumatic dissociation and gender in the association between trauma and mental health in a Palestinian community sample. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 545-551.
- Ruggiero, K. J., Del Ben, K., Scotti, J. R., & Rabalais, A. E. (2003). Psychometric properties of the PTSD Checklist-Civilian version. *Journal of Traumatic Stress*, 16(5), 495–502.
- Sampieri, R H., Collado, C. F., & Lúcio, P. B. (2006). *Metodologia de pesquisa* (3ª Ed.). São Paulo: McGraw-Hill.
- Schnurr, P. P., Lunney, C. A., & Sengupta, A. (2004). Risk factors for the development versus maintenance of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 17(2), 85-95.
- Shelby, R. A., Golden-Kreutz, D. M., & Andersen, B. L. (2005). Mismatch of posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms and DSM-IV symptom clusters in a cancer sample: Exploratory factor analysis of the PTSD Checklist-Civilian Version. *Journal of Traumatic Stress*, 18(4), 347–57.
- Smith, M. Y., Redd, W., DuHamel, K., Vickberg, S. J., & Ricketts, P. (1999). Validation of the PTSD Checklist-Civilian Version in survivors of bone marrow transplantation. *Journal of Traumatic Stress*, 12(3), 485–499.
- Smith, M., W., Schnurr, P. P., & Rosenheck, R. A. (2005). Employment outcomes and PTSD symptom severity. *Mental Health Services Research*, 7(2), 89-101.
- Spiegel, D., & Cardeña, E. (1991). Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3). 366-378.
- Taft, C. T., Pless, A. P., Stalans, L. J., Koenen, K. C., King, L. A., King, D. W. (2005). Risk factors for partner violence among a national sample of combat veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 151-159.

- Van der Kolk, B. A. (2007). The history of trauma in psychiatry. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and Practice* (pp. 135-150). New York: The Guildford Press.
- Van der Velden, P. G., Kleber, R. J., Christiaanse, B., Gersons, B. P. R., Marcelissen, F. G. H., Drogendijk, A. N., Grievink, L., Olf, M., & Meewisse, M. L. (2006). The independent predictive value of peritraumática dissociation for postdisaster intrusions, avoidance reactions, and PTSD symptom severity: a 4-year prospective study. *Journal of Traumatic Stress, 19*(4), 493-506.
- Vaz Serra, A. (2003). *Distúrbio de stress pós-traumático*. Coimbra: Vale & Vale.
- Vogt, D. S., King, D. W., & King, L. A. (2007) Risk pathways for PTSD. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and Practice* (pp. 99-114). New York: The Guildford Press.
- Vogt, D. S., Proctor, S. P., King, D. W., King, L. A., & Vasterling, J. J. (2008). Validation of scales from the Deployment risk and resilience inventory in a sample of operation Iraqi freedom veterans. *Assessment, 15*(4), 391-403.
- Vogt, D. S., & Tanner, L. R. (2007). Risk and resilience factors for posttraumatic stress symptomatology in Gulf war I veterans. *Journal of Traumatic Stress, 20*(1), 27-38.
- World Health Organization. (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (10th revision). Geneva: WHO.
- Wu, K. K., Chan, S. K., & Yiu, V. F. (2008). Psychometric properties and confirmatory factor analysis of the posttraumatic stress disorder checklist for Chinese survivors of roads traffic accidents. *Hong Kong Journal Psychiatry, 18*, 144-151.

ANEXOS

Anexo 1: Consentimento Informado

Anexo 2: Questionário sócio-demográfico

Anexo 3: Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-M)

Anexo 4: Questionário de Experiências de Combate (QEC)

Anexo 5: Difficult Livings and Working Environment Scale (DLWES)

Anexo 6: Perceived Threat Scale (PTS)

Anexo 7 : Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (PDEQ)